TITRES

ET

TRAVAUX SCIENTIFIQUES

DU

D^r AD. JALAGUIER

AGRÉGÉ A LA FACULTÉ DE MÉDECINE
CHIRURGIEN DE L'HOSPICE DES ENFANTS-ASSISTÉS



PARIS
ASSELIN ET HOUZEAU
LIBRAIRES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
Place de l'École-de-Médecine

Février 1912.

TITRES SCIENTIFIQUES

Externe des hôpitaux (1873).
Interne des hôpitaux (1875).
Prosecteur à la Faculté de médecine (1879).
Docteur en médecine (1880).
Lauréat de la Faculté de médecine. Médaille d'argent (Prix de thèse, 1880).
Chirurgien des hôpitaux (1884).
Agrégé de la Faculté (1886).
Membre de la Société anatomique (1879).
Membre de la Société de chirurgie (1888).
Membre fondateur de la Société d'obstétrique, de gynécologie et de pédiatrie (1899).
Membre fondateur de la Société de pédiatrie (1899).
Président de la Société de chirurgie (1911).

ENSEIGNEMENT

Conférences de pathologie externe : Chirurgie du thorax et de l'abdomen (Deuxième semestre 1891-1892).

Cours complémentaire de pathologie externe. Chirurgie de la tête et du cou (Premier semestre 1892-1893).

Conférences de pathologie externe : Chirurgie des membres (Premier semestre 1894-1895).

Cliniques chirurgicales à l'hôpital de la Pitié. Remplacement du professeur Verneuil (Premier trimestre 1887. Vacances de 1887).

Cliniques chirurgicales à l'hôpital de la Pitié. Remplacement du professeur Verneuil (Vacances de 1888).

Cliniques chirurgicales à l'hôpital de la Pitié. Remplacement du professeur Tillaux (Vacances de 1893).

TRAVAUX ORIGINAUX

A. — CHIRURGIE GÉNÉRALE.

De la lymphangite aiguë à forme gangreneuse.

(Thèse de doctorat, Paris, 1880.)

La lymphangite gangreneuse n'était pas encore classée dans les traités de pathologie externe. Les auteurs mentionnaient brièvement la gangrène de la peau parmi les complications de la lymphangite, mais on n'avait pas vu que, lorsque cette complication survient pendant le cours d'une lymphangite, le type de la maladie primitive est si profondément modifié dans ses allures et dans sa terminaison qu'il y a lieu de décrire comme une forme particulière les cas dans lesquels se trouvent associés, dans un rapport de cause à effet, la *lymphangite* et la *gangrène*.

C'est d'après 12 observations inédites, dont 4 personnelles, que j'ai pu établir, sur des bases anatomo-pathologiques et cliniques, l'histoire de la *lymphangite gangreneuse*.

Cette description est restée classique.

Les nouveaux modes de traitement des fractures de la rotule. — Ponction aspiratrice. — Arthrotomie et suture.

(*Archives générales de médecine*, numéros de mars et avril 1884.)

Ce mémoire avait pour but d'étudier, d'après les observations publiées (je pus en réunir 95), la valeur du traitement chirurgical des fractures de la rotule.

La question de la suture de la rotule fracturée était, en 1884, toute d'actualité.

Les premières opérations pratiquées de propos délibéré par Cameron et par Lister dataient de 1877.

Après avoir étudié le manuel opératoire dans les fractures récentes et dans les fractures anciennes, je m'attachai à poser les indications opératoires pour ces deux variétés de fracture.

En raison d'une assez forte proportion d'insuccès et d'accidents graves révélés par l'analyse des observations, je fus conduit à n'accepter qu'avec de grandes réserves l'arthrotomie et la suture dans les cas de fractures simples, récentes. Mon opinion s'est sensiblement modifiée depuis 1884.

Pour les fractures anciennes avec troubles fonctionnels graves, l'opération me paraissait justifiée.

Enfin, pour les fractures ouvertes, j'admettais sans contestation possible la suture immédiate.

J'ai donné, à titre de pièces justificatives et d'indications bibliographiques, le résumé de 95 observations.

Traitement chirurgical des luxations en arrière récentes et irréductibles des doigts sur les métacarpiens.

(*Archives générales de médecine*, 1886.)

Ce mémoire démontre que les particularités anatomo-pathologiques si bien étudiées par Farabeuf pour les luxations du pouce se rencontrent dans les luxations des quatre derniers doigts. Je donne la description d'un mode d'intervention chirurgicale qui m'a réussi dans un cas de luxation irréductible de l'index et dont l'idée première revient à Farabeuf.

Luxation en arrière irréductible de l'index gauche. — Réduction après section sous-cutanée du ligament glénoïdien.

(*Bulletin de la Société de chirurgie*, 25 novembre 1903, p. 1065.)

Il s'agissait, si l'on prend pour base la classification proposée par Farabeuf pour

les luxations du pouce, d une luxation complète complexe. Je fis la réduction suivant le procédé conseillé par Farabeuf. Le résultat fut excellent.

De l'arthrotomie.

(Thèse d'agrégation, Paris, 1886.)

Dans ce travail, j'ai laissé de côté les cas très nombreux dans lesquels l'arthrotomie ne constitue qu'un temps préliminaire d'une autre opération : résection, ostéotomie, suture osseuse, réduction d'une luxation. J'ai limité mon sujet aux cas dans lesquels l'ouverture large d'une articulation forme la partie essentielle, le fond même du procédé opératoire employé.

J'ai montré que l'arthrotomie était devenue ou tendait à devenir la méthode thérapeutique par excellence de toute une classe d'affections articulaires.

J'ai réuni et groupé un très grand nombre de faits pour discuter la valeur et l'opportunité de l'arthrotomie :

1° Dans les arthrites suppurées ;

2° Dans les arthrites aiguës non suppurées ;

3° Dans les hémarthroses ;

4° Dans les hydarthroses ;

5° Dans les corps étrangers articulaires.

Pour cette dernière catégorie, j'ai pu établir, d'après une statistique portant sur 195 opérations d'arthrotomie *antiseptique*, que la mortalité était tombée à 0,95 p. 100 ; prouvant ainsi, chiffres en mains, que l'extraction à ciel ouvert des arthrophytes était devenue une opération presque sans péril, dont le chirurgien le plus prudent ne saurait refuser le bénéfice à son malade.

Ma thèse se termine par un chapitre de médecine opératoire dans lequel je me suis efforcé de décrire avec précision les divers procédés d'arthrotomie applicables à chaque articulation en particulier.

Recherches critiques et expérimentales sur des compresses et éponges abandonnées dans la cavité péritonéale. (En collaboration avec M. P. Mauclaire.)

(*Société anatomique*, mars 1893.)

Ces recherches ont été entreprises en vue d'élucider certaines observations cliniques assez surprenantes au premier abord. Nous avons expérimenté sur des chiens et sur des lapins, employant successivement des compresses de gaze iodoformée, de gaze aseptique et des éponges. Outre la description anatomique, nous avons pu fournir huit figures démontrant la tendance des corps étrangers à pénétrer du péritoine dans l'intestin et, pour un cas, dans l'utérus.

Nous avons aussi établi la possibilité de la résorption complète de fragments d'éponge (un seul cas) et l'importance des adhérences vasculaires très solides qui s'établissent autour des corps étrangers non septiques et qui expliquent la tolérance du péritoine.

Chirurgie de l'abdomen.

(*Traité français de chirurgie, publié sous la direction de Duplay et Reclus*, T. VI, 1re édition, 1891, p. 339 à 543.)

Ce travail comprend cinq chapitres :

Chapitre Ier. — Lésions traumatiques de l'abdomen.

I. Contusions de l'abdomen.

II. Rupture des muscles de la paroi abdominale.

III. Contusions de l'abdomen avec lésions viscérales

IV. Plaies de l'abdomen.

Chapitre II. — Corps étrangers de l'estomac et de l'intestin.

I. Corps étrangers de l'estomac.

II. Corps étrangers de l'intestin.

Chapitre III. — Occlusions et rétrécissements du pylore.

De l'intervention chirurgicale dans les rétrécissements et occlusions du pylore.

Chapitre IV. — Occlusion intestinale.

I. Occlusion par obstacle mécanique.

II. Étude clinique de l'occlusion intestinale,

Chapitre V. — Des péritonites.

I. Péritonites aiguës généralisées.

II. Péritonites chroniques.

III. Typhlite et appendicite.

IV. Péritonites tuberculeuses.

Dans la seconde édition du *Traité de chirurgie* (1898), plusieurs chapitres ont été profondément remaniés, notamment les contusions de l'abdomen avec lésions viscérales et les plaies pénétrantes de l'abdomen. J'ai donné une plus large place à la discussion du diagnostic et des indications thérapeutiques.

Une description d'ensemble a été consacrée à la péritonite à pneumocoques. Enfin l'appendicite a été l'objet d'une étude toute spéciale.

Épithélioma de la langue ayant envahi le plancher buccal. Ablation de la tumeur après résection de la moitié gauche du corps de la mâchoire. Guérison maintenue depuis trois ans et demi.

(*Bulletin de la Société de chirurgie*, 17 février 1892, p. 124.)

Cette observation a trait à un homme de soixante-huit ans, opéré le 6 août 1888. Malgré l'étendue du néoplasme qui nécessita l'ablation, après ligature de l'artère linguale, du pilier antérieur du voile du palais, de toute la moitié gauche de la langue, du plancher buccal avec la glande sous-maxillaire et les ganglions correspondants, ainsi que des ganglions carotidiens, la guérison se fit sans incident, et le 1er janvier 1892 l'opéré était en parfaite santé.

Mémoire sur un cas de kyste congénital de la région sous-maxillaire gauche chez un homme de soixante-douze ans.

(*Bulletin de la Société de chirurgie*, 2 mai 1888, p. 374.)

L'observation n'a été publiée dans le *Bulletin de la Société de chirurgie* que le 16 mai 1906, p. 478.

L'examen histologique a montré que la structure de ce kyste était non pas celle d'un kyste séreux ordinaire, mais d'un kyste thyroïdien. Le contenu était également beaucoup plus analogue à celui des kystes thyroïdiens qu'à celui des kystes séreux. Aussi, reprenant son étude à l'aide des travaux embryologiques de Quénu (Thèse d'agrégation), et des articles de Hermann et Tourneux, qui font dériver le corps thyroïde de trois ébauches, deux latérales et une médiane, je suis arrivé à conclure que j'avais affaire à un kyste développé aux dépens d'un lobule thyroïdien aberrant.

Trachéotomie pour corps étranger des voies aériennes (amande de dragée).

(*Bulletin de la Société de chirurgie*, 13 mars 1889, p. 222.)

Il s'agissait d'une amande de dragée ayant séjourné cinq jours dans les voies

aériennes d'une femme de trente-sept ans. Je fus appelé près d'elle le 27 février 1889; la malade avait eu plusieurs accès de suffocation, qui avaient failli l'emporter. Je pratiquai immédiatement la trachéotomie et plaçai une canule. Les accès de suffocation cessèrent, et le lendemain l'amande fut expulsée par la plaie. La guérison se fit sans incident. A propos de cette observation, j'ai insisté sur l'importance du précepte chirurgical qui veut que, étant donné un corps étranger mobile des voies aériennes, le chirurgien ne quitte pas son malade avant d'avoir extrait le corps étranger, ou, tout au moins, avant d'avoir placé dans la trachée une canule destinée à prévenir les accidents si redoutables de l'enclavement du corps étranger dans le larynx.

Kyste séreux de la mamelle.

(*Bulletin de la Société anatomique*, 5 octobre 1888, p. 761. Observation publiée par Vignard.)

Greffes dermo-épidermiques à grands lambeaux.

(*Bulletin de la Société de chirurgie*, 11 décembre 1889, p. 775.)

Le procédé employé a été celui de Thiersch modifié par Socin (de Bâle) et décrit par Charles Monod dans la séance de la Société de chirurgie du 28 mars 1888. J'ai communiqué les observations de deux malades ; sur l'un, j'avais guéri une plaie de la paroi thoracique consécutive à une brûlure ; cette plaie fongueuse, saignante et très douloureuse, mesurait 14 centimètres sur 17. Sur l'autre, j'avais eu affaire à une plaie de l'épaule et du cou consécutive, elle aussi, à une brûlure et mesurant 20 centimètres carrés. Dans les deux cas, j'obtins une cicatrice souple et mobile, et le résultat fut durable. Cette méthode s'est vulgarisée depuis ma communication. Je crois avoir été le second à l'employer en France, après M. Monod, mon premier malade ayant été opéré le 7 avril 1888.

Laparotomie pour péritonite purulente consécutive à une rupture traumatique du cæcum. Lavage du péritoine. Guérison.

(*Bulletin de la Société de chirurgie*, 30 décembre 1891, p. 800.)

Cette observation a trait à une fille de douze ans atteinte d'une péritonite géné-

ralisée datant de cinq jours et consécutive à une rupture du cæcum produite par un choc violent sur l'angle d'une planche d'étalage. Au moment de l'opération, l'état était des plus grave ; le pouls, petit et rapide, était irrégulier, et la température ne dépassait pas 37°,5. A l'ouverture de l'abdomen, je pénétrai dans une vaste cavité remplie de pus fétide mélangé de gaz et de débris fécaux. Le cæcum était perforé sur sa paroi postéro-inférieure. Ne pouvant suturer cette plaie, j'établis un drainage par le procédé de Mikulicz ; la cicatrisation était complète au bout d'un mois. J'attribue le succès à ce que l'opération a été très courte (vingt minutes), et cela, parce que je me suis abstenu de toute tentative pour attirer le cæcum au dehors et pour suturer la perforation.

Rapport sur une observation de M. Michaux intitulée : Contusion de l'abdomen. Perforation intestinale. Laparotomie précoce. Suture. Guérison.

(*Bulletin de la Société de chirurgie*, 12 avril 1893, p. 247.)

Dans ce rapport, j'ai cherché à poser les indications de la laparotomie dans les contusions de l'abdomen et, tout en reconnaissant que plus la laparotomie sera hâtive, plus elle aura chance de sauver le blessé, j'ai considéré qu'il serait dangereux d'ériger en principe qu'une laparotomie exploratrice dût être pratiquée de prime abord chez tous les blessés atteints de contusion abdominale. J'ai conclu qu'il était sage d'attendre une indication, mais qu'il fallait la chercher avec soin, car elle est souvent délicate à apprécier.

Coup de canne à épée dans le flanc droit. Plaie du foie, du diaphragme et du cœur. Delirium tremens. Mort le huitième jour après la blessure.

(*Bulletin de la Société anatomique*, 1880, p. 55.)

Ce blessé avait été observé par moi dans le service de Richet, à l'Hôtel-Dieu. L'autopsie fut pratiquée par Brouardel, qui voulut bien me communiquer les résultats de son examen nécroscopique. A propos de cette observation, j'ai relaté dans mon mémoire les faits de survie prolongée après les plaies du cœur et étudié,

après Ollivier (d'Angers) et Jamain, la différence au point de vue de la léthalité immédiate entre les plaies du cœur droit et celles du cœur gauche.

Plaie pénétrante de l'estomac par balle de revolver. Blessure de l'artère coronaire stomachique. Laparotomie deux heures et demie après l'accident. Guérison.

(*Bulletin de la Société de chirurgie*, 20 novembre 1889, p. 739.)

C'est, en France, le premier cas de guérison d'une plaie par arme à feu de l'estomac traitée par la laparotomie. Le succès doit être attribué à la précocité de l'opération; je fus porté à intervenir par un signe dont les chirurgiens ont, depuis, reconnu la valeur, l'existence d'un tympanisme épigastrique révélé par la percussion dans un rayon de plusieurs centimètres autour de la blessure. Ce signe indiquait, pour moi, une perforation du tube digestif.

Laparotomie pour plaie pénétrante de l'abdomen par coup de couteau.

(*Bulletin de la Société de chirurgie*, 29 juillet 1891, p. 540.)

Il s'agissait d'un blessé laparotomisé quatre heures après l'accident, bien qu'il ne présentât aucun symptôme et que sa température ne dépassât pas 37°. A l'ouverture de l'abdomen, je trouvai un gros hématome et une plaie du cæcum de 3 centimètres de diamètre; il y avait déjà des lésions de péritonite autour de cette plaie. L'opéré succomba au bout de quarante-huit heures à une hémorragie résultant d'une plaie méconnue siégeant à la partie postérieure du cæcum. J'ai cité cette observation pour prouver que, dans l'immense majorité des cas de plaies de l'abdomen par coups de couteau, il faut intervenir d'urgence aussi bien que dans les cas de plaies par armes à feu. En effet, comme le montre cette observation, une péritonite déjà en pleine évolution peut ne se manifester par aucun symptôme.

Rapport sur une observation de M. Michaux intitulée : Compresse de gaz iodoformée ayant séjourné cinq mois dans l'intestin grêle. Résection de l'intestin. Extraction de la compresse. Suture.

(*Bulletin de la Société de chirurgie*, 12 avril 1893, p. 254.)

Rapprochant cette observation d'un fait analoguo, communiqué à la Société de chirurgie en 1892 par M. Pilate (d'Orléans), j'ai recherché par quel mécanisme un corps souple et mou commo un morceau do linge pouvait traverser la parei intestinale. Pour élucider ce point de physiologie pathologique, j'ai fait avec mon interne, M. Mauclaire, une série d'expériences sur des chiens et sur des lapins; notre travail a été présenté le 10 mars 1893 à la Société anatomique, avec pièces et figures à l'appui. Nous croyons avoir démontré que la migration do la compresse, dans l'observation de M. Michaux comme dans celle de M. Pilate, a été due à ce que les compresses, brassées et roulées par les mouvements intestinaux, arrivent à former des masses arrondies, serrées et résistantes, qui se comportent à l'égard de la paroi intestinale comme les corps étrangers les plus durs.

Hydropisie de la vésicule biliaire avec oblitération temporaire du canal cystique et permanente du canal cholédoque.

(*Bulletin de la Société de chirurgie*, 13 mars 1889, p. 214.)

J'opérai cette malade le 10 août 1888, et je fus forcé d'établir une fistule biliaire, n'ayant pu découvrir le point du canal cholédoque où siégeait le calcul. La malade guérit très bien de l'opération et, malgré l'écoulement de la bile par la fistule, l'amélioration fut rapide.

La malade survécut sept mois; elle succomba à une tuberculose pulmonaire. Le calcul, du volume d'un pois chiche, était immobilisé dans la tête du pancréas, à 15 millimètres au-dessus de l'orifice do l'ampoule de Vater.

Deux observations de hernie du cæcum. Étranglement. Kélotomie. Guérison.

(*Congrès français de chirurgie*, 16 mars 1888, p. 571.)

A l'occasion de ces deux cas, j'ai étudié dans ce mémoire le mode de production des hernies cæcales, et j'ai cherché à trouver des signes permettant de reconnaître la présence du gros intestin dans une hernie.

Dans l'une de mes observations, il s'agissait d'une hernie complexe contenant lo cæcum et son appendice gangrené et uno anse d'intestin grêle. J'intitulerais aujourd'hui cette observation : *Appendicite herniaire*. L'appendice fut réséqué, et le moignon lié au catgut fut évidé on coin et fermé par une suture de Lembert rebroussant en dedans les bords de l'infundibulum ainsi formé et adossant séreuso à séreuse. Ce procédé de fermeture, employé depuis par un grand nombre d'opérateurs, était nouveau à cotto époque.

Rapport sur trois observations de suture intestinale pour lésions consécutives à la gangrène herniaire, par M. Barette.

(*Bulletin de la Société de chirurgie*, 9 décembre 1896, p. 772.)

Fibro-myxome de la grande lèvre gauche pesant 5 kilogrammes. Ablation. Guérison.

(Observation présentée à la Société par M. Demoulin, janvier 1887, p. 28.)

Castration pour un sarcome du testicule. Guérison depuis plus de trois ans sans récidive.

(*Bulletin de la Société de chirurgie*, 8 février 1888, p. 149.)

Cette observation a été l'objet d'un rapport de M. Monod, dans la séance du 28 mars 1888.

Pseudarthrose de l'humérus, opérée et guérie.

(*Bulletin de la Société de chirurgie*, 28 novembre 1888, p. 925.)

J'ai présenté le malade que j'avais guéri d'une pseudarthrose flottante de l'humérus en libérant les fragments et en les enclavant au moyen de chevilles d'os de veau aseptiques. C'est une des premières opérations de pseudarthrose par ce procédé.

Luxation du nerf cubital consécutive à un violent mouvement d'extension de l'avant-bras sur le bras. Absence de troubles fonctionnels. Pas d'intervention.

(*Bulletin de la Société de chirurgie*, 11 mars 1896, p. 219.)

Des dissections entreprises pour me rendre compte du mécanisme de cette luxation est résultée pour moi la conviction que le déplacement du nerf cubital est impossible sans la déchirure ou l'élongation de l'un des faisceaux musculaires du cubital antérieur ou de l'arcade fibreuse qui réunit ces deux faisceaux.

Kyste à grains riziformes du poignet et de la main.

(*Bulletin de la Société de chirurgie*, 26 décembre 1888, p. 1017.)

Il s'agit d'une femme de cinquante ans opérée par incision, grattage à la curette tranchante, lavage au chlorure de zinc, drainage et suture. La guérison fut parfaite avec conservation de tous les mouvements des doigts. L'intérêt de cette observation réside surtout dans ce fait que l'inoculation des grains riziformes produisit sur un cobaye une tuberculose généralisée. J'ai démontré ainsi, l'un des premiers, la nature tuberculeuse des grains riziformes. (L'opération et l'inoculation datent du 16 avril 1886.)

Lipome de l'éminence thénar.

(*Bulletin de la Société anatomique*, 6 octobre 1893, p. 518. Obs. présentée par M. P. Launay.)

Tumeur très exceptionnelle dans cette région, puisque Poulet (cité par Launay) n'avait pu réunir que sept observations (*Bulletin de la Société de chirurgie*, 1886). J'avais pu faire le diagnostic. L'opération fut facile, bien que la tumeur s'enfonçât entre le premier interosseux dorsal de l'index et le muscle adducteur du pouce et se prolongeât jusqu'à l'insertion de ce muscle au troisième métacarpien.

Exostose du pubis à la suite d'une rupture musculaire du droit interne.

(*Bulletin de la Société anatomique*, 1887, p. 96.)

Phlegmatia alba dolens chez un malade ayant subi la désarticulation de la hanche pour tumeur maligne.

(*Bulletin de la Société anatomique*, 1878, p. 189.)

Amputation du pied par le procédé de Syme.

(*Bulletin de la Société de chirurgie*, 21 mars 1897, p. 249.)

Deux observations démontrant l'excellence de ce procédé au point de vue fonctionnel.

Résection articulaire pour déviation du gros orteil.

(*Bulletin de la Société de chirurgie*, 14 novembre 1888, p. 876.)

J'ai présenté un malade auquel j'avais pratiqué, avec plein succès, la résection des têtes des premiers métatarsiens pour une déviation à angle droit des gros orteils.

Emploi des gants de caoutchouc en chirurgie.

(*Bulletin de la Société de chirurgie*, 22 mars 1899, p. 318.)

Je les emploie depuis 1887 ; je ne leur connais pas d'inconvénients si on opère à ciel ouvert ; mais, s'il faut agir dans une cavité en se guidant sur le doigt, on est gêné par le gant de caoutchouc, et cela tient non seulement à la compression exercée sur le doigt par le tissu élastique, mais aussi à ce que l'extrémité de l'ongle devient incapable de fournir certains renseignements de contact. Je réserve donc l'usage des gants de caoutchouc pour les opérations septiques.

B. — CHIRURGIE INFANTILE.

Du traitement du bec-de-lièvre simple.

(*Procédé du Dr Jalaguier.* — Texier. *Thèse de Paris*, 1904-1905, n° 305.)

J'opère le bec-de-lièvre unilatéral simple aussitôt que l'enfant peut supporter l'opération sans inconvénient, c'est-à-dire vers l'âge d'un an; de même si le bec-de-lièvre est bilatéral simple.

Mais, s'il est bilatéral compliqué, je fais, comme première intervention, l'enfoncement du tubercule entre quinze mois et deux ans. C'est là une opération qui comporte un certain shock et il ne faut pas la faire trop tôt. L'expérience démontre qu'on ne doit à aucun prix supprimer le tubercule, comme le pratiquent encore quelques chirurgiens.

Trois ou quatre mois plus tard, je suture les parties molles. Cette suture a une heureuse influence sur l'accroissement ultérieur des maxillaires supérieurs. Elle tend à rapprocher les massifs osseux et, par conséquent, à rétrécir la fente palatine.

Enfin, et seulement vers l'âge de sept ou huit ans, je procède à la réfection de la voûte palatine.

Mon élève Texier a réuni une série de 25 observations d'enfants ainsi traités par moi avec succès. Dans son travail, il expose, en même temps que ma technique opératoire, les soins minutieux que je prends avant et après l'opération pour les pansements, détails auxquels j'attribue une grande importance.

Il a décrit aussi la façon dont il faut se faire aider, la manière de pratiquer l'anesthésie et l'instrumentation nécessaire.

Texier a publié des figures représentant ce procédé. Plusieurs de ces figures se trouvent reproduites dans le livre de Monod et Vanverts (Monod et Vanverts, *Traité de technique opératoire*, 2e édition, 1908, t. II, p. 7).

Traitement du bec-de-lièvre simple.

(*Procédé de M. Jalaguier.* — V. Veau. *Presse médicale*, 5 novembre 1910, n° 89.)

Dans ce travail, on retrouve, précisés et complétés, les détails opératoires déjà décrits dans la thèse de Texier.

Mon procédé est une modification de celui de Mirault. Le principe est le même que dans le procédé de Meleux, mais la technique est toute différente. J'attache la plus grande importance à l'affrontement; je fais un seul point profond comprenant toute l'épaisseur des lambeaux, sauf la muqueuse; c'est le fil d'angle qui assure une coaptation très exacte des surfaces cutanées et muqueuses. On n'a jamais, de la sorte, à déplorer le chevauchement de la ligne cutanéo-muqueuse. Les fils superficiels, extrêmement fins, sont enlevés aussitôt qu'ils menacent de couper, c'est-à-dire bien souvent à partir du troisième jour. Au sixième jour, j'enlève les derniers.

Mieux que toute description, les figures suivantes font comprendre les temps successifs de l'exécution de ce procédé.

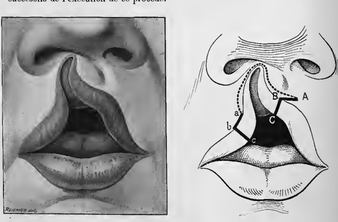


Fig. 1. Fig. 2.

Fig. 1. Bec-de-lièvre simple. — Fig. 2. Schéma des incisions. Les lignes A, B, C, *a*, *b*, *c*, ont seules de l'importance; elles sont marquées en gros trait. La ligne pointillée A*a* n'est qu'un avivement qui doit passer hors de la muqueuse.



Fig. 3.

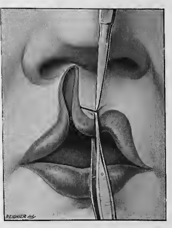


Fig. 4.

Fig. 3. Hémostase préalable. La pince à griffe est placée exactement sur le prolongement de la sous-cloison, à 3 millimètres au-dessus de l'ourlet cutanéo-muqueux. — Fig. 4. Taille du lambeau (1er temps). Le bistouri, enfoncé au-dessus de la pince, va transfixer la lèvre en se dirigeant vers l'ourlet cutanéo-muqueux.



Fig. 5.



Fig. 6.

Fig. 5. Taille du lambeau (2e temps). Le bistouri s'incline de près de 45° pour sectionner la muqueuse perpendiculairement au bord libre de la lèvre. — Fig. 6. Le lambeau interne est taillé.

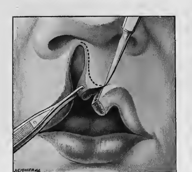


Fig. 7.



Fig. 8.

Fig. 7. Avivement et régularisation de la berge interne, en se tenant *toujours* dans la zone cutanée. — Fig. 8. Taille de la berge externe. La partie muqueuse a été sectionnée bien perpendiculairement au bord libre. Le bistouri va transfixer la lèvre en se tenant *toujours* dans la zone cutanée.

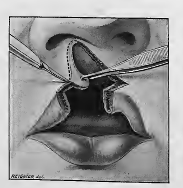


Fig. 9.



Fig. 10.

Fig. 9. Avivement de la partie supérieure de la berge externe en se tenant *toujours* dans la zone cutanée. — Fig. 10. Coaptation des lambeaux.

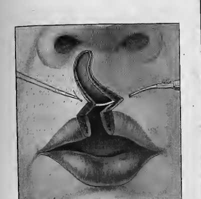


Fig. 11.

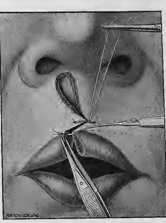


Fig. 12.

Fig. 11. Le premier point d'affrontement, fil d'angle, le plus important; il comprend toute l'épaisseur de la tranche, *sauf la muqueuse*. — Fig. 12. Le second point d'affrontement qui doit répondre *exactement* à la ligne cutanéo-muqueuse.

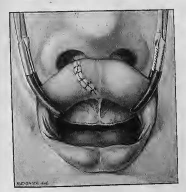


Fig. 13.

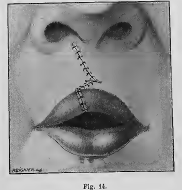


Fig. 14.

Fig. 13. La lèvre a été relevée par les pinces; la muqueuse est exactement suturée avec des crins très fins. — Fig. 14. Suture définitive.

Bec-de-lièvre bilatéral.

Le mode de restauration employé par moi a été décrit dans la thèse de Texier. Il se trouve aussi reproduit et figuré dans le *Traité de technique opératoire* de Monod et Vanverts. 2e édition, T. II, p. 10. — C'est encore une modification du procédé de Mirault.

Ainsi que dans le bec-de-lièvre unilatéral, je suture toujours très exactement la muqueuse.



Fig. 15. Fig. 16. Fig. 17.

Fig. 15. Tracé des lambeaux, b', e, n, et c'fn', et de l'avivement a, b, c, d; b'h', c'h, incisions permettant la mobilisation des lambeaux à leur base. — Fig. 16. L'avivement a été complété; les lambeaux sont rabattus. Le lambeau gauche est appliqué au-dessous du lobule avivé. Un premier point est passé, commençant la réunion de la fissure à gauche. — Fig. 17. Opération terminée.

Traitement opératoire du bec-de-lièvre compliqué. Restauration de l'aile du nez par le procédé de Berger.

(*Bulletin de la Société de chirurgie*, 18 mars 1896, p. 243.)

J'ai utilisé le procédé de Berger chez une jeune fille antérieurement opérée sans succès par Trélat, et le résultat a été excellent.

J'ai eu l'occasion, par la suite, de régler le manuel opératoire de cette réfection de la narine. Les trois figures suivantes, publiées dans la 2e édition du *Traité de technique opératoire* de Monod et Vanverts. T. II, p. 12, indiquent les différents temps de ce procédé.

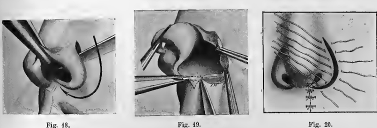


Fig. 18. Fig. 19. Fig. 20.

Fig. 18. Détachement de l'aile du nez. — Fig. 19. L'aile du nez est renversée en dedans. Excision triangulaire de la lèvre. — Fig. 20. Remise en place de l'aile du nez. Suture de l'excision triangulaire et de l'incision de dégagement.

Oblitération cicatricielle des narines. Restauration par un procédé autoplastique particulier. Résultat définitif après cinq ans et demi. Présentation de la malade.

(*Bulletin de la Société de chirurgie*, 27 novembre 1907, p. 1189.)

Mon procédé est décrit et figuré par Nélaton et Ombrédanne dans le *Traité de médecine opératoire et de technique chirurgicale* de P. Berger et H. Hartmann, à l'article *Rhinoplastie* (p. 421).

Il comprend les temps suivants :

1° Pénétration dans la fosse nasale en taillant un petit lambeau quadrilatère aux dépens du tissu cicatriciel naso-labial (fig. 22).

Détachement complet de l'aile du nez; application de la surface cruentée de ce petit lambeau sur la face interne saignante de la narine. Suture au catgut ;

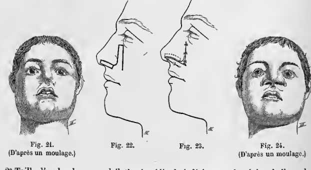


Fig. 21. (D'après un moulage.) — Fig. 22. — Fig. 23. — Fig. 24. (D'après un moulage.)

2° Taille d'un lambeau quadrilatère à pédicule inférieur sur la région de l'apophyse montante du maxillaire (fig. 22).

Mobilisation de ce lambeau et suture de ses bords, d'une part, à la muqueuse du plancher de la fosse nasale et de la partie inférieure de la cloison, d'autre part, à la sous-cloison et à la peau de la lèvre sur la ligne d'incision faite pour détacher le petit lambeau cicatriciel (fig. 23) ;

3° Rapprochement par des sutures transversales des bords de la plaie résultant de la taille et de l'abaissement du lambeau génien.

Suture très exacte de la partie postérieure de l'aile du nez dans l'angle inférieur de cette plaie.

Ainsi se trouve constituée une large ouverture formée de peau sur tout son contour (fig. 24).

Colobome facial bilatéral. Double fente congénitale bucco-orbitaire. Autoplasties successives. Guérison.

(Mémoire communiqué à l'*Académie de médecine* dans la séance du 25 mai 1909.)

Cette observation est remarquable, car c'est la première fois qu'un enfant atteint d'une double fissure bucco-orbitaire a pu être opéré avec succès. Je n'ai retrouvé qu'un seul cas identique, présenté par Guersant à la Société de chirurgie le 22 février 1860, mais il ne fut pas opéré.



Fig. 25.
(D'après un moulage.)

Un moulage en cire, exécuté par M. Jumelin, reproduit fidèlement l'état de l'enfant lors de son entrée, à l'âge de vingt-six mois, dans mon service, à l'hôpital des Enfants-Assistés, le 2 décembre 1898 (fig. 25).

Annette C... présente deux fissures congénitales situées en plein maxillaire supérieur, passant par la fosse canine et le trou sous-orbitaire et laissant en dedans

d'elles l'orifice antérieur des fosses nasales, l'apophyse montante, la paroi interne de l'orbite et le canal nasal. La voûte palatine est fendue d'avant en arrière par une fissure complète, commençant entre l'incisive latérale gauche et la première petite molaire.

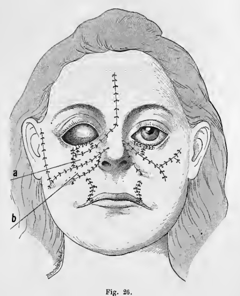


Fig. 26.

A gauche, le globe oculaire est normal, mais il existe un ectropion qui rejoint presque la fissure buccale.

A droite, il n'y a pas d'ectropion, mais le globe oculaire est profondément altéré ; la peau de la région naso-génienne envoie un prolongement sur la face antérieure du globe de l'œil.

L'ensemble de ces malformations donne à la physionomie une expression hideuse qui s'exagère par le jeu des muscles faciaux. L'interprétation pathogénique de ces

difformités est complexe ; mais il semble que le simple arrêt de développement soit insuffisant pour fournir une explication satisfaisante. Il faut sans doute faire intervenir des adhérences amniotiques remontant aux premiers stades de l'évolution embryonnaire.

Je pratiquai, en cinq ans, 15 interventions. La plupart sont des autoplastics atypiques. La figure 26 résume l'ensemble de ces autoplasties. J'ai terminé



Fig. 27.

en fermant la voûte palatine par le procédé habituel. Je signalerai tout particulièrement que j'ai pu rendre l'occlusion palpébrale, à droite, à peu près complète, en introduisant, en guise de soutien, dans la moitié nasale de la paupière inférieure, une mince lame cartilagineuse, empruntée au cartilage de la sixième côte gauche. Cette lame a été parfaitement tolérée et ne s'était pas résorbée trois ans après l'opération.

La figure 27 montre que le résultat esthétique est tout au moins satisfaisant.

La parole est un peu nasonnée, mais Annette C... articule assez clairement pour se faire bien comprendre et suivre les classes sans difficulté.

Ostéome sous-périosté du maxillaire inférieur, consécutif à l'évolution vicieuse de la dent de sagesse.

(*Clinique chirurgicale de l'hôpital de la Pitié*, 1887.)

(*Semaine médicale*, 1889, p. 131.)

Dans cette leçon, j'ai recherché et réuni tous les cas analogues et esquissé l'histoire encore bien incomplète de cette curieuse affection. J'ai établi que ces ostéomes étaient l'apanage de la jeunesse, en raison de l'activité productrice du périoste à cet âge. J'ai montré aussi qu'il existait toujours une cause d'irritation lente ; ordinairement, inclusion ou déviation de la dent de sagesse ; par exception, carie dentaire.

L'étude des symptômes m'a permis d'insister sur l'importance de la contracture des muscles masticateurs, du début brusque de la tuméfaction, enfin des douleurs survenant par intermittence.

Le traitement rationnel et efficace est l'extraction de la dent incluse, suivie de l'abrasion de toutes les masses d'os nouveau apposées sur la face externe du maxillaire.

Ankylose osseuse de la mâchoire inférieure, consécutive à une ancienne fracture sous-condylienne. — Ostéotomie à la partie supérieure de la branche montante. Guérison avec intégrité des mouvements.

(*Bulletin de la Société de chirurgie*, 7 décembre 1892, p. 783.)

La section de la branche montante fut pratiquée avec la gouge et le maillet immédiatement au-dessous de l'arcade zygomatique. Pour me mettre sûrement à l'abri d'une consolidation osseuse, je réséquai sur la branche montante une bandelette osseuse de 3 ou 4 millimètres de haut, et j'interposai entre les deux surfaces osseuses une mèche de gaze iodoformée dont l'extrémité, laissée au dehors, assura le drainage. Au moment où l'enfant, âgée de neuf ans, fut présentée à la Société de chirurgie, trois mois s'étaient écoulés depuis l'opération, et l'abaissement du maxillaire inférieur s'exécutait dans des conditions sensiblement normales.

Resection du maxillaire supérieur gauche pour un sarcome à myéloplaxes. Restauration de la voûte palatine au moyen de la muqueuse palatine suturée à la joue. Inutilité d'un appareil prothétique.

(*Bulletin de la Société de chirurgie*, 10 juin 1903, p. 665.)

L'opérée, présentée à la Société de chirurgie environ deux ans après l'intervention, est une jeune fille de dix-neuf ans, et son cas est intéressant à plusieurs points de vue; tout d'abord, la tumeur n'a pas récidivé après deux ans et demi, ce qui permet d'espérer une guérison définitive. Le résultat esthétique est remarquable; on ne peut soupçonner par un examen superficiel que le maxillaire supérieur a été extirpé. De plus, le procédé opératoire de la réfection de la voûte est des plus simples, puisqu'il n'emprunte que des parties molles faciles à suturer ensemble. Enfin le résultat fonctionnel est assez parfait pour que, sans le secours d'aucun appareil, la parole soit absolument normale.

Corps étranger de l'œsophage chez un enfant de deux ans et demi. Extraction par l'œsophagotomie externe. Guérison.

(*Bulletin de la Société de chirurgie*, 15 mars 1893, p. 190.)

Le corps étranger était un disque de plomb épais de 6 millimètres et de 22 millimètres de diamètre. L'extraction avec le panier de Græfe et avec une pince courbe fut impossible. L'extraction fut facile par l'œsophagotomie. A propos de cette observation, j'ai précisé les conditions dans lesquelles il est indiqué de se servir du panier de Græfe et celles dans lesquelles il faut recourir d'emblée à l'œsophagotomie externe.

Corps étranger de l'œsophage. Pièce de cinq centimes dont la présence et le siège ont été révélés par la radiographie. Extraction après seize jours avec le panier de Græfe.

(*Bulletin de la Société de chirurgie*, 15 décembre 1897, p. 794.)

L'enfant, âgé de quatre ans et demi, n'éprouvait aucun trouble de la déglutition, si

bien qu'on avait admis le passage du sou dans l'estomac. Une épreuve radiographique montra que le corps étranger était arrêté à la fin de la portion cervicale de l'œsophage. Malgré le long séjour de ce corps étranger, l'extraction fut facile au moyen du panier de Græfe, après anesthésie. — Ce fut pour moi l'occasion de réhabiliter une fois encore le panier de Græfe, qui est un instrument excellent et complètement inoffensif, à condition de le manier avec prudence et de réserver son emploi pour les pièces de monnaie. J'insistai aussi sur l'utilité de l'anesthésie chloroformique qui, chez les petits enfants, facilite singulièrement le passage du panier.

Œsophagotomie externe pour l'extraction d'un sou ayant séjourné deux ans et demi dans l'œsophage d'un enfant de quatre ans.

(*Bulletin de la Société de chirurgie*, 16 janvier 1907, p. 63.)

L'enfant avait avalé un sou à l'âge de dix-huit mois ; comme il n'avait présenté aucun accident consécutif, son médecin avait pensé qu'il l'avait rendu. Mais, deux ans et demi plus tard, il eut des vomissements, des régurgitations. Une radiographie montra que le sou était resté au niveau de la partie supérieure de l'œsophage ; convaincu qu'il était enchatonné, je n'essayai pas de l'extraire par les voies naturelles.

L'œsophagotomie externe confirma ma manière de voir et montra le sou enclavé dans la muqueuse qui le recouvrait sur ses bords ; il eût été impossible de l'accrocher, de le saisir sans perforer l'œsophage.

Le malade fit une broncho-pneumonie. La plaie se désunit le troisième jour et donna naissance à une fistule qui se ferma le quinzième jour. Le malade guérit très rapidement.

Les accidents causés par le panier de Græfe.

(*Société de pédiatrie de Paris*, 19 février 1907.)

A la suite de manœuvres faites par un médecin pour extraire avec le panier de Græfe une épingle qui avait été avalée, j'ai reçu dans mon service une jeune fille présentant de l'emphysème sous-cutané de toute la région cervico-scapulaire, une douleur extrêmement intense et des hémorragies. J'ai pensé qu'il s'agissait là

d'une déchirure de la muqueuse œsophagienne au niveau du cartilage cricoïde. Cette observation a été le point de départ de la communication de mes élèves MM. Veau et Duverger à la Société de pédiatrie.

Œsophagotomie sous œsophagoscopie pour rétrécissement cicatriciel rebelle à la dilatation.

(*Bulletin de la Société de chirurgie*, 12 juin 1907, p. 653.)

Il s'agit d'un jeune homme qui, à la suite d'une ingestion de potasse caustique trois ans auparavant, avait des signes de sténose qui s'étaient accentués au point de rendre toute alimentation impossible. J'avais constaté la présence de deux rétrécissements, le second n'admottant pas la sonde n° 12 de la filière Charrière. Je demandai à M. Guisez de me prêter son concours.

Au second examen, il reconnut l'existence d'un rétrécissement très serré dont l'orifice était excentré par rapport à l'œsophage et très difficile à atteindre.

Néanmoins, M. Guisez parvint à faire trois petites sections sur son pourtour et, immédiatement, il put passer successivement les olives du n° 12 au n° 28. Quelques jours après, il atteignait le n° 30. Le résultat s'est maintenu.

Cet enfant a été sauvé par cette intervention.

Traitement du torticolis par la myotomie sous-cutanée.

(*Bulletin de la Société de chirurgie*, 2 juillet 1890, p. 495.)

Contrairement à une opinion assez répandue qui tend à proscrire la section du sterno-mastoïdien par la méthode sous-cutanée, je soutiens que, pour le torticolis aussi bien que pour le pied bot, la méthode sous-cutanée est et doit rester la méthode de choix. Ma communication se base sur 6 opérations ; 5 ont été faites par la méthode sous-cutanée. Dans un seul cas, après avoir commencé par la méthode sous-cutanée, je fus obligé de compléter l'opération par une incision à ciel ouvert. Il s'agissait d'un torticolis grave par rétraction totale du muscle, chez une petite fille de quinze mois ; la veine jugulaire externe, anormalement située, gênait l'introduction et le maniement du ténotome.

C'est dire que je ne repousse pas systématiquement l'opération à ciel ouvert,

mais je la crois très rarement indiquée et, seulement, lorsqu'il existe une disposition particulière des veines, ou bien, lorsque les parties à sectionner sont très épaisses, ainsi que cela se voit quelquefois pour le chef claviculaire rétracté.

Par la section sous-cutanée, j'ai toujours obtenu un résultat orthopédique aussi satisfaisant que possible et j'ai évité à mes opérés une cicatrice plus ou moins difforme à la région cervicale.

Comme M. Kirmisson, j'ai recours, après l'opération, à l'emploi des appareils redresseurs à traction élastique, en y ajoutant des manipulations et des massages méthodiques sur le muscle sectionné.

Fistule congénitale du cou. Rapport sur une observation et un mémoire de M. Paul Delagénière.

(*Bulletin de la Société de chirurgie*, 21 décembre 1898, p. 1141.)

Fistule branchiale étendue de l'articulation sterno-claviculaire au voile du palais.

(Présentation du malade; *Bulletin de la Société de chirurgie*, 16 avril 1902, p. 473.)

J'ai présenté à la Société de chirurgie un jeune homme de vingt ans ayant une fistule dont le trajet occupait la région du sterno-mastoïdien et s'étendait depuis l'articulation sterno-claviculaire jusqu'au pharynx. En pressant sur le cordon dur qui la prolongeait au-dessus de l'os hyoïde, on faisait sourdre une notable quantité de pus par un orifice situé sur le bord libre du voile du palais, à 1 centimètre de la base de la luette, au niveau de la partie supérieure du pilier postérieur.

Ce malade a été opéré et présenté à la Société de chirurgie.

(*Bulletin de la Société de chirurgie*, 25 juin 1902, p. 733.)

L'opération a été exécutée en deux temps :

1er temps. — Extirpation de la moitié supérieure ; j'ai pu disséquer assez facilement le trajet qui passait au-dessus du nerf grand hypoglosse et entre les deux carotides.

Son extrémité interne se terminait par une dilatation ampullaire, qui fut liée le plus près possible de l'orifice pharyngien.

2e temps. — Ablation de la moitié inférieure du trajet et de l'ampoule inférieure qui aboutissait à l'orifice fistuleux.

L'examen histologique a montré que la paroi du conduit était constituée par trois couches : couche externe fibreuse ; couche moyenne lymphoïde avec organes analogues à des follicules clos; couche interne, épithélium cylindrique ressemblant à l'épithélium respiratoire.

Je ne connais pas d'autre exemple de fistule branchiale aussi étendue et présentant un orifice interne au niveau du voile du palais.

Fibro-sarcomes du cou extrapharyngiens,

(Mousnier, *Thèse de Paris*, 1905-1906.)

J'ai enlevé une volumineuse tumeur qui occupait le côté gauche du cou d'une fillette de six ans. Cette tumeur pesait 110 grammes et adhérait par un pédicule assez large à l'apophyse transverse de la quatrième vertèbre cervicale. Mon regretté maître et ami le Pr Cornil voulut bien en faire l'examen histologique.

La tumeur était formée, à la périphérie, de tissu sarcomateux à petites cellules, au milieu d'un tissu conjonctif extrêmement vasculaire. Au-dessous, on rencontrait une grande quantité de tissu fibreux contenant çà et là quelques cellules cartilagineuses en activité. Enfin, le centre était constitué presque exclusivement par des cellules cartilagineuses organisées, donnant naissance à des travées osseuses très bien développées.

M. Cornil concluait qu'il s'agissait d'une tumeur mixte complexe, peut-être un embryome.

Cette observation fut lo point de départ de la thèse de mon élève Mousnier sur les fibro-sarcomes du cou extrapharyngiens.

J'insiste sur la présence du tissu sarcomateux à la périphérie de la tumeur, car ce fait démontre qu'il faut opérer ces tumeurs, qui ne régressent jamais et qui se transforment cliniquement en tumeurs malignes. Il est alors trop tard pour intervenir. J'ai eu récemment des nouvelles de l'opérée; elle est rostée guérie depuis sept ans.

Traitement du spina-bifida.

(*Bulletin de la Société de chirurgie*, **23 mars 1892**, p. 249.)

J'ai communiqué à la Société de chirurgie l'observation d'une fillette de vingt cinq jours, opérée avec succès d'un spina-bifida de la région cervicale. L'opération avait été pratiquée le 1[er] juin 1889, et l'enfant, revue le 1[er] août 1891, était en parfaite santé. L'intérêt de cette communication s'est trouvé accru par l'examen anatomo-pathologique de la poche, pratiqué très complètement par M. Ch. Achard. Il s'agissait d'une tumeur complexe constituée par une poche principalo contenant à sa surface interne du tissu nerveux; le reste de la masse offrait la structure variée de l'angiome sanguin et surtout du lymphangiome avec des fibres musculaires lisses assez ahondantes et quelques petits nodules osseux.

Péritonite à pneumocoques.

(*Bulletin de la Société de chirurgie*, 28 avril 1897, p. 322.)

Résumé de 5 observations de péritonites à pneumocoques observées chez des petites filles. Quatre de ces péritonites avaient été laparotomisées; 3 avaient guéri. Une cinquième avait guéri spontanément par ouverture à l'ombilic et dans le vagin. J'ai fait remarquer que, dans la péritonite à pneumocoques, il s'agit presque toujours de grandes collections enkystées. J'ai signalé aussi les grosses coagulations fibrineuses caractéristiques des suppurations à pneumocoques. Enfin j'ai fait observer que le drainage devait être établi avec des tubes volumineux, plutôt que par le procédé de Mikulicz.

Hypertrophie polypoïde du col utérin chez une fille de quatorze ans. (En collaboration avec Ch. Achard.)

(*Bulletin de la Société anatomique*, 1892, p. 465.)

Il s'agit d'un cas très rare; le col tuméfié présentait autour de son orifice externe quatre masses polypeuses qui furent excisées au thermocautère. L'examen histologique, pratiqué par M. Achard, démontra qu'il s'agissait d'une véritable hypertrophie polypoïde.

Orchidopexie pour ectopie testiculaire.

(*Bulletin de la Société de chirurgie*, 17 avril 1889, p. 323.)

Résultats éloignés de deux cas d'orchidopexie.

(*Bulletin de la Société de chirurgie*, 16 avril 1890, p. 289.)

Cette communication a eu pour but de donner les résultats de deux opérations datant de quatorze mois. Les deux malades, âgés l'un de dix ans et demi, l'autre de quatorze ans et demi, avaient subi, outre l'orchidopexie, la cure radicale d'une hernie. Le résultat de cette dernière opération s'était maintenu excellent. Le développement du testicule n'avait pas fait, depuis l'opération, de sensibles progrès; la consistance était dure, comme fibreuse, bien que l'organe, dans les deux cas, fût

resté dans le scrotum. D'après ces deux faits, tout en considérant l'orchidopexie comme une bonne opération, j'arrivais à conclure qu'on aurait tort de toujours compter sur le développement normal des testicules après l'orchidopexie.

Résultats de quinze interventions chirurgicales pour ectopies testiculaires pratiquées sur treize malades dont deux étaient atteints d'ectopies bilatérales.

(*Bulletin de la Société de chirurgie*, 1er mars 1893, p. 165.)

Les observations qui font l'objet de ce mémoire sont publiées dans la thèse de mon élève Paul Bezançon (*Thèse de Paris*, 1892). On remarquera la fréquence de la hernie et de l'hydrocèle congénitales en même temps que l'ectopie. En effet, sur ces treize malades, dix fois la hernie était cliniquement appréciable, quatre fois la communication avec le péritoine a été révélée au cours de l'opération ; une fois seulement le conduit vagino-péritonéal était absolument fermé ; il s'agissait, il est vrai, d'une ectopie périnéale.

Quant à la nature de l'obstacle qui s'oppose à la descente du testicule : il s'agit le plus souvent de brides fibreuses paraissant dépendre du *fascia transversalis*. J'ai insisté sur la nécessité de les rompre en dissociant le cordon et en ménageant soigneusement les vaisseaux. Je n'ai pas remarqué que le crémaster ni le *gubernaculum testis* fussent cause d'une difficulté particulière à abaisser le testicule.

Dans quatre cas, le scrotum s'est trouvé fermé par une épaisse membrane fibro-élastique, que je crois avoir signalée le premier et qui est vraisemblablement une dépendance de l'appareil suspenseur des bourses. Les résultats éloignés de l'opération sont consignés dans la thèse de M. Bezançon ; sur tous les opérés, sauf un, le résultat a été des plus satisfaisant. J'ai donc conclu en faveur de l'opération sanglante dans l'ectopie testiculaire, mais pas dans tous les cas indistinctement. Il ne faut pas opérer au-dessous de sept ou huit ans, à moins qu'une hernie n'occasionne des accidents. Pour les enfants plus âgés, l'opération s'impose dès qu'il existe une hernie avec ectopie et lorsque, avec ou sans pointe de hernie, il est impossible d'amener le testicule hors du canal inguinal et de le maintenir fixé par un bandage.

TRAITEMENT DE LA COXALGIE.

(*Bulletin de la Société de chirurgie*, 23 juin 1897, p. 489.)

Dans cette communication, se trouve résumée ma méthode de traitement de la coxalgie. Je suis ennemi de la résection, que je considère comme un pis aller qu'il faut réserver aux coxalgies compliquées de fistules intarissables ou d'abcès ayant résisté aux ponctions suivies d'injections de naphtol camphré ou d'éther iodoformé.

Les rares résections que je pratique sont presque toujours des opérations atypiques.

Comme traitement de la coxalgie non suppurée, je ne suis point exclusif.

Lorsque les malades peuvent être suivis de près, l'extension continue est employée pendant toute la période douloureuse; plus tard, au bout de sept ou huit mois, en général, on applique un appareil plâtré, et la marche est permise avec des béquilles en faisant porter du côté sain une chaussure fortement surélevée.

Lorsque les malades ne peuvent être surveillés, l'appareil plâtré est appliqué d'emblée, après redressement sous chloroforme, si l'attitude est vicieuse. Ce redressement ne m'a pas semblé favoriser la formation des abcès, non plus que l'explosion d'accidents méningitiques ou pulmonaires.

J'insiste sur la nécessité de n'employer jamais ce mode de traitement pour une coxalgie compliquée d'abcès.

D'autre part, je proscris les manœuvres de redressement violentes et prolongées dans le traitement des coxalgies anciennes guéries en position vicieuse, car l'ostéotomie sous-trochantérienne donne, dans ces conditions, les meilleurs résultats.

A l'appui de ces conclusions, j'ai donné le résumé d'une statistique comprenant 122 cas de coxalgies traitées dans mon service de l'hôpital Trousseau. Ce travail se termine par l'étude de la valeur comparative des injections de naphtol camphré et d'éther iodoformé pour le traitement des abcès.

D'après 63 cas de coxalgies avec abcès, on peut constater une supériorité curatrice très nette en faveur de l'éther iodoformé.

Dans les cas rares où les abcès ainsi traités deviennent fistuleux, on peut encore obtenir la guérison en prenant soin d'éviter l'infection secondaire et en modifiant les trajets fistuleux par des attouchements répétés avec une solution d'acide lactique au tiers.

Ancienne luxation obturatrice, ostéotomie sous-trochantérienne. Guérison.
(*Bulletin de la Société de chirurgie*, 27 juillet 1892, p. 580.)

Il s'agissait d'une luxation consécutive à une coxalgie. L'ankylose était complète et la résection paraissait impossible. L'ostéotomie corrigea aisément l'attitude vicieuse et le résultat fonctionnel fut excellent.

Luxation obturatrice suite de coxalgie. Ankylose. Correction de l'attitude vicieuse par une ostéotomie trochantérienne.
(*Revue d'orthopédie*, 1892, p. 331.)

A propos du cas précédent, j'ai publié un court mémoire dans lequel j'ai comparé les résultats de l'ostéotomie à ceux de la résection pour cette variété de luxation pathologique. J'ai montré, d'après une observation personnelle, les difficultés de la résection en pareil cas et établi les avantages de la simple ostéotomie.

Enfin j'ai posé en principe que, pour toute luxation pathologique de la hanche, lorsque l'affection qui a occasionné le déplacement est éteinte et lorsqu'on a affaire à une ankylose fibreuse très serrée ou à une soudure osseuse, il est préférable de redresser le membre par une simple section osseuse plutôt que de courir les chances d'une résection.

Des faits très nombreux observés depuis 1892 n'ont fait que me confirmer dans cette appréciation.

Luxation traumatique de la hanche gauche chez un enfant de dix ans. Réduction après vingt-deux jours.
(*Bulletin de la Société de chirurgie*, 29 juillet 1903, p. 879.)

Les luxations de la hanche sont très rares chez les enfants. C'est le second cas que j'observe personnellement. La luxation était passée inaperçue du médecin. Elle ne fut reconnue qu'à la fin de la troisième semaine. La radiographie confirma le diagnostic. A ce propos, on doit remarquer que la tête était beaucoup plus loin de la cavité qu'elle ne le paraissait sur la radiographie. Il s'agissait d'une luxation postérieure et supérieure. La réduction fut relativement facile. Le membre, immobilisé pendant huit jours, fut ensuite massé et progressivement mobilisé. La guérison fut très rapide.

Lipome intramusculaire de la cuisse à marche rapide. Forme et limites de la tumeur nettement révélées par la radiographie. Extirpation. Guérison.

(*Bulletin de la Société de chirurgie*, 1er mars 1899.)

A un premier examen pratiqué avec le Dr Méry, j'avais porté le diagnostic de sarcome. Trois semaines après, la tumeur avait augmenté dans des proportions considérables et semblait fluctuante. Une ponction ne retira aucun liquide. L'évolution faisant craindre une tumeur maligne et, d'autre part, la radiographie montrant que la tumeur était encore bien limitée, l'intervention fut décidée. J'extirpai un volumineux lipome mesurant 15 centimètres sur 10 centimètres, adhérant par un pédicule à la face profonde du vaste externe.

L'examen histologique montra qu'il s'agissait d'un lipome pur.

Pseudo-corps étranger de l'articulation du genou. Arthrotomie. Lipome sous-synovial. Résection. Guérison.

(*Bulletin de la Société de chirurgie*, 7 mars 1900, p. 279.)

Ce cas est extrêmement rare. Un jeune homme se présente avec les symptômes fonctionnels classiques de corps étranger du genou. Comme il en souffre beaucoup, je décide de l'en débarrasser, bien qu'il me soit impossible à la palpation de percevoir le corps étranger.

La douleur siégeant surtout en dedans de la rotule, je fais une incision verticale le long du bord interne de la rotule ; je pénètre dans l'articulation, mais je ne vois rien. L'index, introduit sous la rotule, sent en dehors un repli synovial énorme. Une incision semblable à la première est pratiquée sur le côté externe de la rotule, et je trouve, juste au niveau de l'interligne articulaire, un lipome sous-synovial, à base antérieure, à sommet postérieur, pouvant s'enfoncer de 2cm,5 dans l'interligne articulaire.

Résection. Guérison. Malade revu guéri en 1910.

Flexion antéro-postérieure de la partie supérieure du tibia corrigée par l'ostéotomie linéaire.

(*Revue d'orthopedie*, 1890, p. 357.)

Mon but, en publiant cette observation et le court mémoire qui lui fait suite, était moins d'ajouter un nouveau succès à l'actif de l'ostéotomie que d'appeler à mon tour, après Humphry, Sonnenburg et Kirmisson, l'attention sur une variété particulière de déviation du genou. Cette déviation consiste dans une flexion angulaire de l'extrémité supérieure du tibia, flexion antéro-postérieure et qui peut faire croire, à première vue, à une luxation du tibia en arrière des condyles fémoraux. La pathogénie de cette déviation, fort analogue au genu valgum, m'a paru, comme à Humphry, devoir être rattachée à un trouble évolutif du cartilage de conjugaison, atrophie et disparition prématurée des cellules antérieures de l'organe diaphyso-épiphysaire.

Incurvation rachitique du tibia. Ostéotomie cunéiforme.

(*Société de pédiatrie*, 17 mai 1910.)

Je pratique toujours l'ostéotomie cunéiforme dans les cas de déviations rachitiques des tibias. Cette méthode m'a donné les meilleurs résultats.

Je fis exécuter cette opération par mon assistant M. Veau, sur une fillette de mon service âgée de huit ans, qui présentait un genu valgum d'origine tibiale des plus considérables.

Cette observation remarquable fut pour M. Veau l'occasion de préciser dans cette communication ma technique opératoire et les indications de cette méthode.

PIED BOT CONGÉNITAL.

Traitement pratique du pied bot varus équin congénital manuellement réductible.

(*Gazette des hôpitaux*, 23 décembre 1910, n° 146.)

Je traite les pieds bots réductibles par des massages et par une petite pédale métallique dont la description est donnée dans cet article par mon élève M. Lamy, en même temps que la façon de la construire.

De la confection des appareils plâtrés dans le traitement du pied bot varus équin congénital.

(*Gazette des hôpitaux*, 22 août 1911, n° 94.)

Cet article résume ma pratique de l'appareil plâtré. M. Lamy insiste particulièrement sur les détails suivants, auxquels j'attribue la plus grande importance pour le succès définitif :

Quand on a sectionné le tendon d'Achille, il faut mettre de chaque côté de la gouttière rétro-malléolaire un petit rouleau de gaze qui aura pour but de ménager l'espace au niveau duquel le tendon d'Achille se régénérera.

Il ne faut jamais appuyer le plâtre directement sur une table, ce qui écraserait la gouttière rétro-malléolaire.

Traitement du pied bot. Intervention sur le squelette dans le pied bot varus équin congénital.

(*Congrès français de chirurgie*, 20 octobre 1896, p. 129.)

Dans ce mémoire, j'ai exposé ma méthode de traitement du pied bot congénital. Après avoir été, au début de ma pratique, partisan actif du traitement orthopédique, j'en suis arrivé à étendre de plus en plus les indications de la tarsectomie

économique proposée par Ch. Nélaton pour les seuls pieds bots invétérés. J'ai donné les raisons qui militent en faveur des excisions osseuses, et j'ai décrit un procédé opératoire applicable aux jeunes enfants.

D'après 21 opérations, j'ai établi l'innocuité et l'efficacité de cette manière de faire, qui évite aux enfants de véritables tortures, sans leur faire courir plus de risques que la réduction manuelle et les massages forcés. Toutefois, j'ai réservé les interventions sur le squelette aux *pieds bots graves*, en insistant sur la nécessité de n'y pas recourir avant l'âge de sept ou huit mois. Pour les *cas légers*, j'étais et suis resté partisan du traitement orthopédique préparé par la section du tendon d'Achille et, s'il y a lieu, de l'aponévrose plantaire

Double pied bot varus équin congénital grave Tarsectomie. Guérison.

(*Bulletin de la Société de chirurgie*, 14 avril 1897, p. 297.)

Présentation d'une jeune fille de quatorze ans et demi chez laquelle j'avais pratiqué, avec un excellent résultat, la tarsectomie par le procédé de Charles Nélaton.

Pied bot varus équin congénital; ténotomie du tendon d'Achille; excision de la tête de l'astragale et de la grande apophyse du calcanéum. Guérison avec excellent résultat.

(*Bulletin de la Société de chirurgie*, 12 mai 1897, p. 371.)

En présentant l'enfant qui fait le sujet de cette observation, j'ai fait remarquer combien peu se trouvaient modifiées, par cette tarsectomie économique, les conditions de structure et de statique du pied. Revenant sur la communication faite au Congrès de chirurgie de 1896, j'ai insisté, d'après 34 observations, sur les avantages de cette méthode opératoire comparée à la méthode de Phelps, et je n'ai pas hésité à la conseiller, non seulement pour les pieds bots des enfants qui ont marché (Charles Nélaton), mais aussi pour les pieds bots graves des tout petits enfants.

Traitement chirurgical du pied bot varus équin congénital chez l'enfant.

(F. Monod, *Thèse de Paris*, 1904 ; Masson, édit.)

On peut pratiquer un certain nombre d'interventions chirurgicales pour remédier aux déformations du pied bot congénital. Ma pratique personnelle, dont j'ai exposé les principes ailleurs (*Congrès français de chirurgie*, 20 octobre 1896, p. 129) m'a montré qu'il fallait avoir recours aux opérations économiques. Mon élève, F. Monod, a réuni un certain nombre d'observations de malades traités par moi et a comparé les résultats avec ceux obtenus par les autres moyens. Cette comparaison me permet d'affirmer que, là où les autres méthodes sont insuffisantes ou trop mutilantes, l'excision de la tête de l'astragale avec résection d'une partie du cuboïde et de la grande apophyse du calcanéum donne des résultats satisfaisants.

Cette opération est applicable à tous les cas dans lesquels une simple ténotomie du tendon d'Achille ne suffit pas.

Résultat orthopédique de l'astragalectomie chez l'enfant. Contribution à l'étude de la marche pathologique.

(Lamy, *Thèse de Paris*, 1910 ; Chacornac, édit.)

Je pense que l'astragalectomie est une très bonne opération pour remédier à certaines déformations du pied, pied bot congénital, pied bot paralytique, et dans quelques cas pathologiques, tuberculose, ostéomyélite. Mon élève M. Lamy a recherché quel était le résultat de cette opération lorsque l'enfant est devenu adolescent et adulte. En examinant avec lui un grand nombre de mes anciens opérés, j'ai pu me convaincre que l'opération donne souvent de bons résultats, mais que, souvent aussi, la marche est un peu défectueuse pour deux raisons principales : léger équinisme et ankylose, ou du moins, défaut de mobilité de la tibio-tarsienne.

Quant à la forme, elle est généralement bonne ; il n'existe qu'un peu de pied creux par bascule du calcanéum.

Traitement du pied bot varus équin congénital par l'évidement dit sous-cutané de l'astragale. Présentation du malade.

(*Société de pédiatrie*, 15 novembre 1910.)

J'ai présenté un petit malade opéré par ce procédé, car je considère que ce mode d'intervention est de beaucoup supérieur à la tarsectomie dans les cas où elle est applicable.

Traitement pratique du pied bot varus équin congénital irréductible chez l'enfant. Évidement dit sous-cutané des os du tarse (avec 15 figures).

(*Gazette des hôpitaux*, 9 mai 1911, nº 53; 11 mai 1911, nº 54.)

J'ai remplacé la tarsectomie par l'évidement dit sous-cutané des os du tarse jusqu'à l'âge de huit ans environ.

Dans ces articles, sont résumées par mon élève M. Lamy la technique et les indications de cette intervention. J'insiste sur la bénignité de l'opération, — elle peut être pratiquée même à partir de quatre mois, — sur sa facilité d'exécution et sur ses résultats; elle ne compromet nullement le jeu ultérieur des articulations; elle n'accentue pas le raccourcissement du pied, et cependant, elle permet une correction absolue de la déformation, puisqu'elle agit directement sur les os. Je crois avoir été le premier, à Paris, à vulgariser ce procédé conseillé par Mencière.

PIED BOT PARALYTIQUE.

Double pied bot varus équin d'origine paralytique. Extirpation des astragales. Guérison.

(*Bulletin de la Société de chirurgie*, 29 janvier 1890, p. 67.)

Opération pratiquée le 22 juin 1889. Le résultat opératoire et fonctionnel fut des plus satisfaisant.

Pied bot valgus d'origine paralytique. Déviation de l'avant-pied en dehors. Extirpation du scaphoïde. Guérison.

(*Bulletin de la Société de chirurgie*, 29 janvier 1890, p. 68.)

La réduction du valgus fut obtenue par l'extirpation du scaphoïde, la section des péroniers derrière la malléole et la ténotomie du tendon d'Achille. Après avoir enlevé avec la curette tranchante le cartilage des cunéiformes et de la tête de l'astragale, je rapprochai ces os et les maintins au contact par un point de gros catgut. L'enfant, opérée le 18 juillet 1889, était en parfait état à la fin du mois de novembre ; elle pouvait faire à pied 4 kilomètres sans souffrir.

L'anastomose musculo-tendineuse dans le pied bot paralytique.

(Le Roy des Barres, *Thèse de Paris*, 1902.)

J'ai pratiqué un certain nombre d'anastomoses musculo-tendineuses dans les pieds bots paralytiques.

Mon élève Le Roy des Barres a résumé ma pratique dans sa thèse et consigné plusieurs observations de malades opérés par moi.

J'ai préconisé ces interventions dans les paralysies localisées, et j'ai montré tout le bénéfice qu'un malade peut en tirer, mais à condition de ne pas s'écarter des règles que nous imposent la clinique et la physiologie, notamment dans le choix des suppléances.

Un muscle fléchisseur, par exemple, peut devenir extenseur dans certaines conditions et, à ce propos, j'ai préconisé une technique spéciale pour la réflexion des tendons et muscles sur un os ; j'ai montré comment on pouvait faire une bouton-

nière périosto-aponévrotique permettant le libre jeu du tendon en même temps qu'elle assurait la fixité de la direction.

Valeur comparative des anastomoses musculo-tendineuses et des transplantations périostales dans le traitement du pied bot paralytique.

(A. Desmoulins, *Thèse 1907-1908*, n° 328.)

Ayant été un des premiers, en France, à pratiquer des anastomoses musculo-tendineuses pour paralysies infantiles, j'ai constaté que les résultats, bons au début, ne se maintenaient pas, par suite du relâchement des tendons anastomosés et du défaut ou du manque absolu de tonicité des muscles paralysés.

J'ai donc adopté rapidement la méthode des transplantations périostales. Celle-ci, en effet, n'a pas les mêmes inconvénients que l'anastomose puisque, s'adressant à des muscles sains, il ne peut y avoir allongement ou insuffisance du tendon et du corps musculaire. La technique et les résultats ont été exposés par mon élève Desmoulins dans sa thèse.

Le tendon sain est fixé solidement au catgut sous le périoste décollé; le volet périostique est rabattu et suturé par-dessus l'attache tendineuse.

Je me suis toujours efforcé d'utiliser, dans ces cas, la gaine du muscle paralysé. Mais j'ai posé en principe que ces opérations n'étaient bonnes que si les paralysies étaient limitées à un muscle ou à un seul groupe musculaire.

Ténotomie du tendon d'Achille.

(*Presse médicale*, 25 août 1909, n° 68.)

Je n'ai jamais observé la non-régénération à la suite de la ténotomie du tendon d'Achille pour pied bot paralytique. J'attribue ce fait à une technique particulière. Les classiques recommandent de faire la ténotomie à 1 ou 2 centimètres au-dessus de l'insertion calcanéenne du tendon. Je la pratique beaucoup plus haut, au point où les fibres musculaires se jettent sur les fibres tendineuses.

La nutrition du tendon et, par suite, la régénération sont mieux assurées à ce niveau; et cela, par le fait du voisinage immédiat des fibres musculaires et grâce à la présence d'une gaine celluleuse très développée. Mon assistant M. Veau a décrit ma technique dans cet article.

INVAGINATION INTESTINALE.

(*Traité des maladies de l'enfance*, t. II, p. 699, 1897.)

Cette monographie est plus spécialement consacrée à l'invagination intestinale chez les enfants. Je me suis efforcé d'exposer les diverses modalités cliniques de cette affection du premier âge et de mettre en relief les éléments du diagnostic. J'ai étudié en particulier, ce qui n'avait pas encore été fait, le diagnostic de l'invagination aiguë et de l'appendicite.

Enfin, examinant la valeur comparative des deux méthodes de traitement, la *méthode non sanglante* et la *méthode sanglante*, j'espère avoir établi, d'après les faits, la nécessité de ne point s'attarder aux méthodes non sanglantes. La laparotomie a d'autant plus de chances de succès qu'elle est plus hâtive. J'ai cherché à en préciser les indications ainsi que le manuel opératoire.

Invagination intestinale.

(*Traité des maladies de l'enfance*, 2e édition, 1905, t. V, p. 484.)

Dans la deuxième édition de ce travail, l'invagination d'origine appendiculaire a été l'objet d'un chapitre spécial.

On peut en distinguer deux types :

a. Celui dans lequel l'appendice se retourne complètement et s'enfonce dans le cæcum;

b. Celui dans lequel l'appendice, sans se retourner, s'enfonce comme une tige rigide, refoulant le cæcum devant lui.

J'ai vu trois cas dans lesquels le rôle pathogénique de l'appendice chroniquement enflammé semblait des plus net.

Dans l'un, l'appendice était en partie invaginé dans le fond du cæcum retourné en dedans; dans un autre, il s'agissait d'une invagination iléo-cæcale; dans le troisième, le boudin iléo-cæcal, invaginé dans le côlon, arrivait jusqu'à la partie moyenne du côlon transverse.

Les deux premiers cas ont fait l'objet d'un mémoire présenté à l'Académie de médecine le 14 avril 1903. C'est ainsi que l'on peut expliquer, selon moi, la fréquence relative des invaginations iléo-cæcales, des invaginations subaiguës et chroniques en particulier. J'ai insisté également, sur les difficultés de diagnostic avec l'appendicite. Je suis convaincu que l'erreur a été commise plus d'une fois; pour ma part, je crois m'être trompé au moins deux fois. En effet, l'appendicite et l'invagination donnent lieu à des symptômes parfois très analogues. Néanmoins, on pourra approcher de la vérité en tenant compte des considérations suivantes : dans l'invagination, il y a une tumeur mobilisable, très différente du plastron de l'appendicite qui fait en quelque sorte corps avec la paroi abdominale; en général, l'appendicite ne s'accompagne pas de selles sanglantes; enfin elle est beaucoup plus fréquente que l'invagination chez les enfants du second âge.

Invagination de l'appendice cæcal.

(Ch. Monod, *Bulletin de l'Académie de médecine*, 5 novembre 1906.)

Les deux observations communiquées par moi à l'Académie de médecine le 14 avril 1903 ont été le point de départ du rapport de M. Monod.

J'avais eu l'occasion d'observer, en examinant des hernies du cæcum dans les bourses, que l'appendice pouvait, sous l'influence de la moindre excitation, augmenter de volume, devenir turgescent et constituer ainsi une tige rigide. De plus, point particulièrement intéressant, les contractions sensibles et même visibles se propageaient au cæcum. J'en avais conclu que, si le cæcum était relâché ou flasque, il était possible que l'appendice s'invaginât dans le cæcum et même entraînât l'intestin grêle.

J'ai pu vérifier cette hypothèse dans plusieurs cas.

Un enfant de sept ans, présentant les symptômes de l'invagination, entra dans mon service en 1902. En pratiquant le toucher rectal, je sentis à plusieurs reprises l'appendice devenir turgescent et s'invaginer dans le cæcum.

J'ai opéré cet enfant à froid, et j'ai reconnu que la moitié supérieure de l'appendice adhérait au cæcum par des adhérences cellulo-séreuses lâches. Le cæcum était très dilaté. Cet enfant n'a jamais eu de nouvelles crises d'invagination.

J'opérai quelque temps après une fillette de onze ans, qui présentait un appendice

dont la moitié supérieure était invaginée dans le cæcum sur une longueur de 3 centimètres. Tout le fond était lui-même retourné en dedans. La résection fut assez pénible.

Je communiquai à M. Monod une troisième observation démonstrative.

J'ai opéré en 1903 un jeune garçon de huit ans, chez lequel j'avais fait le diagnostic d'invagination chronique.

Après l'incision, j'amenai le cæcum à l'extérieur. Dans le cæcum, on sentait une tumeur grosse comme un œuf. Cette tumeur était constituée par le fond du cæcum, une portion de l'appendice et la valvule iléo-cæcale invaginés. La partie de l'appendice invaginée mesurait 2 centimètres de long; elle était très épaissie et œdématiée.

L'iléon était lui-même engagé dans le cæcum sur une longueur de 3 centimètres environ.

La désinvagination fut facile, mais, si l'on saisissait l'appendice et si on le poussait doucement vers le fond du cæcum, on voyait celui-ci se retourner, puis se contracter et avaler l'appendice et la fin de l'iléon. L'invagination se reproduisait sous les yeux de l'opérateur. Elle se faisait en deux temps : 1° engagement de l'appendice et de l'iléon dans le cæcum; 2° engagement de la masse ainsi formée dans le côlon ascendant. Cet enfant a parfaitement guéri.

J'ai donc pu surprendre sur le fait même la réalité de cette pathogénie et la mettre ainsi hors de doute. De plus, j'ai eu la bonne fortune de rencontrer trois cas différents correspondant aux trois catégories de faits que l'on peut observer.

C. — APPENDICITE.

Typhlite et appendicite.

(*Traité français de chirurgie*, t. VI, 1re édition, 1891.)

L'appendicite n'avait été que peu étudiée en France, et mon article, qui peut sembler aujourd'hui incomplet et, à certains points de vue, suranné, n'en était pas moins la première publication didactique consacrée dans notre pays à l'histoire de l'appendicite.

Appendicite.

(*Traité français de chirurgie*, t. VI, 2e édition, 1898.)

Cette monographie occupe 90 pages du *Traité de chirurgie* et contient 25 figures. Je me suis appuyé pour l'écrire sur les travaux les plus récents et surtout sur l'analyse de 182 observations personnelles. La partie anatomo-pathologique est basée presque exclusivement, au point de vue histologique, sur les belles recherches et les préparations de mon savant ami le professeur Letulle, qui a bien voulu contrôler mes descriptions. J'ai aussi utilisé les préparations que MM. Carnot, Ghika et Weinberg ont pu faire sur des appendices enlevés par moi.

Quant à la pathogénie et à la partie clinique, elles ont été exposées surtout d'après mes observations personnelles. C'est ainsi que j'ai pu établir l'importance et la fréquence de l'infection appendiculaire par voie sanguine. C'est ainsi encore que j'ai pu décrire les diverses formes de l'appendicite et formuler pour chacune d'elles des indications thérapeutiques particulières.

J'ai indiqué aussi le procédé opératoire qui me paraissait convenir pour chaque forme.

Diagnostic de la péritonite purulente et de l'étranglement interne.

(*Bulletin de la Société de chirurgie*, 14 mai 1890, p. 380.)

D'après deux observations, j'ai montré que les péritonites purulentes consécutives aux perforations de l'appendice cæcal peuvent évoluer en donnant lieu aux symptômes classiques de l'étranglement, sans qu'il soit possible, par le seul examen des signes physiques, d'arriver à un diagnostic précis. Dans ces deux cas en particulier, la matité, ou même la submatité, à laquelle certains chirurgiens accordent une grande valeur diagnostique, faisaient absolument défaut.

Traitement de l'appendicite.

(*Bulletin de la Société de chirurgie*, 9 mars 1892, p. 185.)

Au moment de ma communication, j'avais observé 21 cas de typhlite ou de pérityphlite et, sans repousser absolument l'existence de la typhlite vraie, je tendais cependant à admettre que, dans la très grande majorité des cas dénommés *pérityphlites*, l'inflammation de l'appendice jouait un rôle prépondérant. Dans cette communication, laissant de côté les typhlites stercorales et les péritonites généralisées par perforation de l'appendice, j'ai eu surtout pour but d'établir, d'après 9 observations, les indications du traitement médical et du traitement chirurgical. J'ai indiqué le premier en France, je crois, la nécessité, dans les cas d'appendicites circonscrites, de soumettre les malades à l'immobilisation absolue, à la diète la plus sévère, aux applications de glace et à l'administration de l'opium à haute dose. J'ai fait remarquer que le traitement devait être appliqué avec la même rigueur, aussi bien dans les cas les plus légers en apparence que dans les cas les plus sérieux. Quant aux purgatifs, je les proscrivais absolument, tout en reconnaissant que, la crise terminée, ils avaient une action salutaire.

A propos de l'indication opératoire, je disais qu'elle me paraissait formelle dans les conditions suivantes :

1° Lorsque, malgré le traitement médical, l'état local restait stationnaire ou s'aggravait ;

2° Lorsqu'on notait la persistance de la douleur avec température restant élevée, ou remontant après une défervescence d'un jour ou deux ;

3° En cas d'altération de l'état général.

Cette période d'observation ne me semblait pas devoir durer plus de trois à sept ou huit jours.

Enfin, j'ai signalé, dans cette même communication, l'impossibilité de compter sur la fluctuation, qui, le plus souvent, n'est pas perceptible, et j'ajoutais qu'on ne doit pas la chercher, car cette recherche est très dangereuse. De plus, c'est un symptôme infidèle, car le cæcum et le côlon distendus peuvent donner très nettement la sensation de fluctuation.

Parmi les 9 observations publiées *in extenso* dans ce mémoire, il s'en trouve une dans laquelle la suppuration d'origine appendiculaire s'était propagée en suivant la face antérieure du carré des lombes jusque dans le thorax ; ce prolongement remontait jusqu'à la sixième côte, mais la plèvre n'était pas ouverte, le feuillet pariétal ayant été simplement refoulé par le pus.

Résultats de 14 laparotomies pour péritonites purulentes généralisées par perforation du cæcum et de son appendice.

(*Bulletin de la Société de chirurgie*, 1er juin 1892, p. 394.)

Les 14 malades se trouvaient dans un état désespéré. Aucun d'eux n'avait pu être opéré avant le troisième, le quatrième ou le cinquième jour. Ils étaient épuisés par la douleur, les vomissements, la septicémie, et souvent aussi par une thérapeutique irrationnelle, comme l'emploi des purgatifs répétés ou des lavements à outrance. Sur ces 14 opérés, 2 seulement avaient guéri. Aussi ai-je insisté avec force sur la nécessité d'intervenir le plus près possible du début des accidents et sur la nécessité de faire une opération aussi peu compliquée et aussi courte que possible.

C'est dans cette communication que se trouve signalée pour la première fois la physionomie clinique de ces formes de péritonite. J'ai montré qu'il ne fallait compter ni sur l'apparence de l'abdomen, ni sur le degré de la température ; j'ai montré aussi que les caractères du pouls constituaient le meilleur, pour ne pas

dire le seul élément de pronostic, qui est d'autant plus mauvais que la rapidité du pouls coïncide avec un degré de température voisin de la normale. Ces indications fournies par les caractères du pouls et de la température sont aujourd'hui presque universellement admises.

C'est aussi dans ce mémoire que sont décrits les deux types anatomo-pathologiques des péritonites suppurées consécutives à l'appendicite : les péritonites véritablement diffuses, sans adhérences, et les péritonites à foyers multiples.

Péritonite purulente généralisée par perforation de l'appendice cæcal. Laparotomie médiane le cinquième jour. Lavage du péritoine, drainage. Guérison.

(*Bulletin de la Société de chirurgie*, 25 mai 1892, p. 382.)

Résultat de l'examen bactériologique du pus d'une péritonite généralisée par perforation de l'appendice cæcal.

(*Bulletin de la Société de chirurgie*, 1er juin 1892, p. 390.)

Il s'agit de l'enfant qui fait l'objet de la communication précédente. Le pus renfermait en très grande abondance le *Bacterium coli commune*. On y trouvait aussi, comme association microbienne, le *Staphylococcus aureus*, le *Bacillus subtilis* et le bacille lactique. Cet examen est, je crois, le premier qui ait démontré les associations microbiennes dans les suppurations péritonéales d'origine appendiculaire.

Péritonite purulente généralisée. Laparotomie. Guérison.

(*Bulletin de la Société de chirurgie*, 27 juillet 1892, p. 581.)

C'est l'observation d'un enfant de douze ans, chez lequel mon ami Gérard Marchant avait pratiqué la laparotomie et la résection de l'appendice dans un cas de péritonite généralisée. L'incision avait été fermée sans drainage. Je dus rouvrir le ventre le cinquième jour. La guérison fut obtenue par cette seconde opération. Ce fut pour moi l'occasion d'insister sur la nécessité du drainage après l'ablation de l'appendice dans toutes les interventions en crise aiguë.

Péri-appendicite suppurée. Perforation. Péritonite généralisée.

(*Bulletin de la Société anatomique*, février 1895, p. 137. Observation présentée par Vanverts.)

Ce fait démontre l'influence néfaste des purgatifs dans le traitement de l'appendicite aiguë, et l'importance de la dissociation du pouls et de la température. Au moment de l'opération, pratiquée dès l'entrée du malade dans le service, le pouls était incomptable et la température de 37°,6.

Rapport sur une observation de M. Rigal intitulée : Appendicite infectieuse compliquée de péritonite traitée avec succès par la résection de l'appendice.

(*Bulletin de la Société de chirurgie*, 26 juin 1895, p. 463.)

Dans ce rapport; je me suis élevé une fois encore contre l'emploi des purgatifs dans le traitement de l'appendicite aiguë. J'ai insisté sur la nécessité d'opérer le plus tôt possible les malades atteints de péritonite généralisée, et j'ai montré la valeur, au point de vue du diagnostic, de la dissociation du pouls et de la température. J'ai posé en principe que cette discordance entre le pouls et la température, lorsqu'elle se manifeste au cours d'une appendicite, indique presque à coup sûr la tendance de la péritonite à se généraliser, et que, lorsqu'elle apparaît dès le début, on peut affirmer la diffusion d'emblée de la péritonite, quelque atténués ou obscurs que puissent être les autres signes.

Résultats de 22 laparotomies pour péritonites généralisées d'origine appendiculaire.

(*Bulletin de la Société de chirurgie*, 31 juillet 1895, p. 598.)

Sur ces 22 opérations, j'ai obtenu 4 guérisons. Ces opérations m'ont permis de distinguer deux formes de péritonite ; la forme *septique diffuse*, sans adhérences, et la forme purulente avec adhérences, que j'ai nommée *péritonite à grands enkystements*. Douze fois j'avais eu affaire à la première forme ; mes douze opérés avaient succombé. Dix fois j'avais rencontré la péritonite à grands enkystements, et mes quatre cas de guérison rentraient dans cette série. Je me suis efforcé de fixer les caractères distinctifs de l'une et l'autre forme, tant au point de vue clinique qu'au

point de vue anatomo-pathologique. Je crois avoir montré que, dans beaucoup de cas, la péritonite septique diffuse, qui serait mieux nommée *intoxication péritonéale*, et la péritonite purulente à grands enkystements, se traduisent par des manifestations symptomatiques sensiblement différentes.

J'ai posé également des indications opératoires pour l'une et l'autre forme : abstention dans la péritonite septique diffuse, à moins d'être appelé à agir immédiatement après le début des accidents; intervention dans l'autre forme, avec des chances de succès d'autant plus grandes qu'on pourra opérer à une époque plus rapprochée du début.

Appendicite familiale.

(*Bulletin de la Société de chirurgie*, 22 janvier 1896, p. 76.)

Observation d'une petite fille de huit ans morte d'une péritonite septique diffuse. Trois personnes de sa famille avaient succombé depuis trois ans à des accidents péritonéaux imputés à l'appendicite.

Abcès sous-phrénique consécutif à l'appendicite. Incision. Guérison.

(*Bulletin de la Société de chirurgie*, 1er décembre 1896, p. 740.)

L'enfant qui fait l'objet de cette observation avait été d'abord considéré comme atteint d'une pleurésie diaphragmatique. Pour pénétrer dans la cavité purulente, il fallut réséquer la neuvième côte sur la ligne axillaire et inciser le diaphragme. La guérison fut complète en six semaines.

Pathogénie de l'appendicite.

(*Bulletin de la Société de chirurgie*, 2 décembre 1896, p. 756.)

Dans cette communication, j'ai combattu avec Brun, Walther, Broca, la théorie du vase clos, et j'ai considéré l'oblitération du canal appendiculaire comme étant le résultat et non la cause de l'appendicite.

C'est aussi dans cette communication que sont données les raisons qui portent à considérer, dans bien des circonstances, l'appendicite comme une manifestation locale d'une infection générale. A côté des appendicites qui peuvent être regardées comme l'extension ou le reliquat d'une entéro-colite infectieuse généralisée, j'ai admis les appendicites consécutives à la grippe, à la rougeole, à la varicelle, aux oreillons, et je me suis demandé si, pour les cas de cette catégorie, il s'agissait d'une infection de l'appendice, spéciale pour chacune de ces maladies, ou bien si l'on n'avait affaire qu'à une exaltation de virulence d'agents infectieux contenus dans l'appendice à l'état latent. C'est également dans cette communication que se trouve signalée l'influence de la menstruation sur le développement des poussées d'appendicite.

Procédé opératoire destiné à assurer la reconstitution solide de la paroi abdominale après l'excision à froid de l'appendice.

(*Presse médicale*, 3 février 1897, p. 53.)

Pour éviter les éventrations secondaires qui s'observent quelquefois après les opérations d'appendicite à froid, j'ai recours depuis le 18 août 1895 à un procédé dont le but est d'assurer une solidité durable de la cicatrice. J'ouvre la gaine du muscle grand droit, que je récline en dedans, puis j'incise la paroi postérieure de la gaine. De cette manière, le muscle, lorsqu'il est ramené dans sa situation normale, recouvre et soutient la suture profonde.

Technique de l'ablation de l'appendice dans les opérations « à froid ».

(J. Ferron, *Contribution à l'étude du manuel opératoire dans l'appendicite*. Thèse de Paris, 1901.)

Le procédé publié pour la première fois dans la *Presse médicale* en 1897 a été décrit très complètement dans la thèse de mon élève J. Ferron (p. 13 et suiv.).

L'incision péritonéale est aussi petite que possible, ce qui permet d'obtenir une ligne de suture n'ayant pas plus de 2 centimètres de long en moyenne.

La recherche de l'angle iléo-cæcal est le point capital pour trouver l'appendice, car, dans une opération à froid, il faut toujours trouver l'appendice.

L'appendice est lié au ras du cæcum. Après avoir refoulé les matières qu'il contient à l'aide d'une pince spéciale, je le sectionne au thermocautère, et je cautérise le moignon jusqu'à ce qu'aucune parcelle do muqueuse n'apparaisse plus à l'extérieur. Puis, je l'invagine dans le fond du cæcum; enfin, je recouvre la tranche du méso-appendice au moyen du repli iléo-cæcal.

J'attribue, en effet, aux adhérences quo peut contracter un moignon non péritonisé avec les anses intestinales un certain nombre des douleurs que ressentent parfois les opérés après l'ablation de l'appendice.

La paroi est refaite en suturant le péritoine et le *fascia transversalis*. Le muscle grand droit est remis à sa place ; il recouvre la suture profonde.

Suture de la gaine du muscle droit et de l'aponévrose du grand oblique avec des points séparés de catgut, n°s 1 ou 0; enfin, de la peau, par trois points profonds et deux superficiels. Les crins sont enlevés le sixième jour.

Si la situation de l'appendice l'exige, je prolonge l'incision en bas, en la recourbant en dehors.

Je ne résèque pas systématiquement l'épiploon.

Appendicite à rechutes; excision de l'appendice pendant une période de calme. Guérison.

(*Bulletin de la Société de chirurgie*, 4 mai 1892, p. 349.)

C'est ma première opération de résection de l'appendice à froid; elle a été pratiquée le 28 avril 1892 par une incision passant le long du bord externe du muscle droit. L'appendice, contenant un calcul stercoral, était perforé et communiquait avec le cæcum par un orifice qui fut fermé par deux plans de suture. Le moignon de l'appendice fut lié à un demi-centimètre du cæcum avec un fil de catgut, et, pour plus de sûreté, après évidement de la surface de section, je plaçai quatre points de soie fine retroussant en dedans les bords do cet infundibulum et adossant séreuse à séreuse. Ce mode de fermeture, déjà décrit au Congrès français de chirurgie de 1888 (p. 575) à propos d'un cas de résection de l'appendice dans une opération de hernie étranglée, a été adopté par un grand nombre de chirurgiens. Je ne l'emploie plus depuis longtemps.

Appendice communiquant largement avec le cæcum. Appendicite à rechutes.
(*Bulletin de la Société de chirurgie*, 6 avril 1898, p. 392.)

Cet appendice avait été enlevé sur une femme de trente-deux ans, qui avait subi quatre crises d'appendicite. L'appendice dilaté, très vasculaire, adhérait à l'épiploon par son extrémité. Il était distendu par des gaz que l'on pouvait faire refluer dans le cæcum et inversement. J'ai présenté cette pièce à cause de sa rareté, et aussi pour montrer que cet appendice, dont la libre communication avec le cæcum était incontestable, avait donné naissance à plusieurs crises bien caractérisées. Le fait était en contradiction absolue avec la doctrine de la cavité close.

Appendicite chronique. Présentation de pièce.
(*Bulletin de la Société de chirurgie*, 14 février 1900, p. 178.)

Cette pièce provient d'un malade ayant présenté des troubles gastro-intestinaux attribués depuis six ans à une *dyspepsie* sans crise proprement dite d'appendicite.

On constate la présence de deux rétrécissements au niveau desquels les tissus sont sclérosés, fibreux ; la muqueuse n'existe plus, et la lumière est complètement oblitérée. En dehors de ces rétrécissements, la muqueuse est gonflée, boursouflée, hypertrophiée. Il s'agit bien d'un processus chronique, et cette pièce montre avec la dernière évidence que la péri ou paratyphlite peut n'être, si elle n'est pas toujours, qu'une appendicite chronique. Et j'insiste sur cette forme, car on y peut observer des accidents dus à des néoformations séreuses péricæcales et pericoliques, à des adhérences de l'épiploon et à l'épiploïte chronique. J'insiste aussi, après Brun et Walther, sur la nécessité de décrire cliniquement une *appendicite chronique* ne se manifestant que par des troubles gastro-intestinaux et des altérations de l'état général.

Cancer de l'appendice.
(*Bulletin de la Société de chirurgie*, 6 mars 1907, p. 251.)

Il s'agit d'un jeune homme de dix-neuf ans, opéré depuis neuf ans et demi d'appendicite chronique. Il était en parfaite santé. Tout l'intérêt de son cas réside dans le fait suivant : l'appendice enlevé a été examiné histologiquement et

présenté comme cancer de l'appendice par MM. Letulle et Weinberg (*Société anatomique*, avril 1900, p. 374). Il n'y a aucune récidive, et ce fait est d'autant plus remarquable qu'il y avait des foyers cancéroux jusque dans le méso-appendice.

J'ai fait remarquer à ce propos que l'histoire du cancer de l'appendice était tout entière à établir.

Fistule tubo-appendiculaire. — Présentation d'une pièce et d'un dessin d'après un croquis pris au cours de l'opération.

(*Bulletin de la Société de chirurgie*, 10 mars 1909, p. 351.)

Cette éventualité est très rare. L'appendice était coudé et, au niveau de sa coudure, adhérait à la trompe. Celle-ci était très volumineuse, grosse comme une petite mandarine.

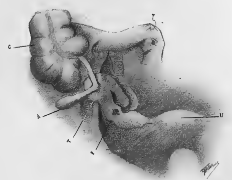


Fig. 28.
C, cæcum. — A, appendice. — T, fistule. — E, Trompe. — U, utérus.

En disséquant l'appendice, j'aperçus très nettement la communication entre la cavité de l'appendice et la trompe qui contenait un verre à bordeaux de pus.

L'histoire clinique est particulièrement intéressante ; la malade avait présenté une tumeur comparable à un pyosalpinx, qui s'était affaissée brusquement en même temps que s'écoulait par le vagin une assez grande quantité de pus.

Sur un cas de pseudo-kystes para-appendiculaires inclus dans le ligament large.

(*Revue de gynécologie et de chirurgie abdominale*, 1909, p. 616.)

Le diagnostic était difficile; on pouvait penser à une appendicite coïncidant avec un kyste de l'ovaire à pédicule tordu, ou avec un kyste du ligament large.

L'intervention fut longue et laborieuse.

L'appendice gros, vasculaire, était enfoui dans l'épaisseur de la paroi postérieure d'une masse multilobée attenant au ligament large. Il fut impossible d'extirper en entier cette masse, et je dus me contenter de curetter certaines de ces poches qui étaient en connexion avec l'intestin grêle, le cæcum, les vaisseaux iliaques et la vessie. La malade guérit parfaitement, et la guérison s'est maintenue.

L'examen histologique, pratiqué par M. Latteux, démontra que la tumeur était exclusivement formée de tissu fibreux lacuneux, dont les lacunes étaient tapissées d'éléments conjonctifs. Absence totale d'éléments épithéliaux.

L'interprétation pathogénique paraît devoir être la suivante :

Kyste d'origine inflammatoire développé, au cours d'une appendicite chronique, aux dépens du tissu conjonctif sous-péritonéal, sans doute vestiges de débris endothéliaux persistant au niveau des surfaces d'accolement du méso primitif avec le péritoine pariétal. C'est cette hypothèse qui a été développée et discutée par mon élève Froget dans son travail de la *Revue de gynécologie*.

Embolie dans l'appendicite.

(*Bulletin de la Société de chirurgie*, 20 mai 1903, p. 522 et 528.)

A propos d'une observation de Le Clerc (de Saint-Lô), j'ai rapporté trois cas personnels d'embolie, à la suite d'intervention pour appendicite, survenus en moins de quinze jours.

L'un de ces cas fut mortel. Les deux autres guérirent rapidement. Je me suis demandé, à ce propos, s'il ne fallait pas voir là le résultat d'une infection spéciale de virulence particulière.

Indications thérapeutiques dans l'appendicite.

(*Bulletin de la Société de chirurgie*, 1er février 1899, p. 113.)

Cette communication résume les résultats de mon expérience dans le traitement de l'appendicite.

Je suis l'adversaire de l'intervention d'emblée, systématique, aussitôt que le diagnostic d'appendicite est posé. Je reconnais que l'excision de l'appendice quelques heures après le début des accidents, avant toute infection péritonéale ou générale, est une opération rationnelle et efficace, ne comportant pas beaucoup plus de dangers que l'opération à froid. Malheureusement, on ne peut presque jamais la proposer et surtout la pratiquer dans ces conditions idéales. Or, quand une appendicite évoluant depuis deux ou trois jours tend à se circonscrire, je suis persuadé que l'intervention est plus dangereuse que l'expectation aidée du traitement médical que j'ai préconisé dès 1892.

Depuis plus d'une année, j'ajoute au traitement médical l'usage des injections sous-cutanées de sérum artificiel.

Expectation ne veut pas dire abstention ; le malade doit être suivi de près avec une attention toujours en éveil pour être opéré aussitôt qu'un indice quelconque révèle la nécessité d'une intervention. Ces indications ont été longuement étudiées et précisées dans mon travail du *Traité de chirurgie* (1898).

Lorsque l'appendicite donne lieu à une péritonite généralisée dont le diagnostic est possible, à mon sens, dans la très grande majorité des cas, sinon tout à fait au début, du moins dans les douze ou vingt-quatre heures qui suivent, je conseille d'intervenir immédiatement. En cas de doute, je pose en principe qu'il ne faut jamais s'abstenir.

Donc, à un point de vue général, je suis d'avis d'opérer sans retard les malades atteints de péritonite généralisée. Mais il est des cas dans lesquels il vaut mieux s'abstenir, au moins momentanément, c'est lorsque le pouls est petit, rapide, irrégulier, fuyant, avec température basse et tendance au collapsus.

A côté de l'appendicite avec péritonite généralisée, il est une autre forme qui est justiciable de l'intervention immédiate : c'est la forme redoutable que j'ai signalée dans le *Traité de chirurgie* (t. VI, 2e édition, p. 672 et 681) ; elle est

caractérisée par la faible intensité et la disparition soudaine et complète des manifestations locales de l'appendicite, tandis que les phénomènes d'intoxication générale persistent en s'aggravant.

Pour l'appendicite à rechutes, je suis partisan, comme tous mes collègues, de l'opération à froid.

Après une seule crise, dûment diagnostiquée, je conseille aussi l'opération, même s'il ne reste pas de traces palpables de cette crise.

Pour les petites crises insignifiantes, dites *coliques appendiculaires*, je propose sans hésiter l'excision de l'appendice, pourvu qu'il y ait eu à un moment donné une douleur précise au point de Mac Burney.

Indications thérapeutiques dans l'appendicite.

(*Rapport présenté au XIIIe Congrès international de médecine*, 2-9 août 1900, *Section de chirurgie infantile*, séance du 7 août.)

Je n'ai pas passé en revue les opinions diverses qui ont été émises et les discussions importantes auxquelles elles ont donné lieu. Il m'a semblé qu'il m'était permis, en raison de mon expérience déjà assez longue, de traiter le sujet d'après mes vues personnelles et en tenant compte surtout des cas que j'avais moi-même observés.

Une indication générale n'admettant, à mon avis, que peu d'exceptions et qui domine l'histoire thérapeutique de l'appendicite, c'est que tout appendice cæcal qui a été, ne fût-ce qu'une seule fois, atteint d'appendicite bien caractérisée doit être considéré comme dangereux et justiciable de l'intervention chirurgicale.

Quant à savoir à quelle époque et dans quelles conditions il faut intervenir, ma pratique m'a appris que, d'une façon générale, il ne faut pas être interventionniste d'emblée. J'ai été un des premiers en France à défendre cette manière de procéder (*Bulletin de la Société de chirurgie*, 9 mars 1892, p. 185 ; — « Appendicite », *Traité de chirurgie*, 2e édition, 1898, t. VI, p. 601 ; — *Bulletin de la Société de chirurgie*, 1er février 1899, p. 113).

Dans les cas aigus, j'estime que l'apparition d'un plastron, d'une induration, d'un empâtement, loin d'être une indication à intervenir précocement, est au contraire un signe favorable qui doit engager à persévérer dans le traitement médical.

La discordance du pouls et de la température se manifeste de deux façons différentes, qui n'ont pas la même signification; si la température s'abaisse et que le pouls devienne rapide, c'est l'indice presque certain que la péritonite s'étend; il n'y a plus à temporiser. Mais si, la température restant élevée, c'est le nombre des pulsations qui diminue pour tomber à 60 et même 50, sans altération de l'état général, le malade guérira probablement grâce à des doses massives de sérum.

L'émission de gaz par l'anus est un signe très favorable; il permet de prédire l'apparition de la défervescence.

Les indications de l'intervention à chaud ont été posées de la façon suivante :

Opérer s'il y a dissociation de la température et du pouls, celui-ci devenant de plus en plus rapide;

Si, après vingt-quatre ou trente-six heures de traitement, on ne constate aucune amélioration;

Si, après une amélioration légère, les douleurs réapparaissent ainsi que les vomissements avec aggravation des symptômes généraux;

Si l'on assiste à une succession de crises aiguës, rapprochées, l'appendicite s'arrêtant dans son évolution favorable pour menacer de nouveau (appendicite à recrudescences).

Cette conduite m'a évité d'opérer trop hâtivement un certain nombre de malades qui, par la suite, ont été reconnus atteints de fièvre typhoïde, coliques néphrétiques, cholécystite, et même pneumonie.

Pour les péritonites enkystées suppurées, une indication me paraît capitale; il faut chercher à pénétrer dans la cavité purulente sans passer par le péritoine libre. C'est le seul moyen de ne pas courir à des désastres. J'ajouterai que je recherche l'appendice, mais en évitant de rompre les adhérences qui protègent la grande cavité péritonéale.

Quant aux indications de l'opération à froid, l'expérience m'a appris qu'il faut conseiller l'ablation de l'appendice même après une seule crise; j'ai malheureusement eu connaissance de plusieurs cas de mort presque foudroyante survenus à l'occasion de la deuxième crise.

A ce propos, je ferai remarquer que les attaques d'appendicite sont beaucoup plus graves et les rechutes plus fréquentes chez les enfants que chez les adultes et les gens âgés.

J'ai opéré plusieurs femmes en état de grossesse, *avant le cinquième mois*; jamais, dans ces conditions, je n'ai observé d'accidents consécutifs; la gestation s'est achevée

normalement. D'après les faits que j'ai pu observer, l'état de grossesse ne change rien aux indications thérapeutiques.

Tous les cas d'appendicite chronique consécutive à une crise aiguë, ou chronique d'emblée, que j'ai opérés ont largement bénéficié de l'intervention.

Je puis résumer ma pensée de la façon suivante :

Je suis de plus en plus abstentionniste pendant la période aiguë, et l'intervention immédiate ne se trouve indiquée pour moi que dans certains cas rares de péritonite par perforation ou d'appendicite à forme hypertoxique sans péritonite et dans tous les cas de péritonite enkystée suppurée, lorsque la résorption spontanée n'est plus possible.

Une seule crise dûment constatée d'appendicite justifie pleinement l'intervention à froid comme mesure de prudence.

Cette question a été reprise et complétée, dans les discussions soulevées à la Société de chirurgie en 1902, sur les indications du traitement opératoire des appendicites (*Bulletin de la Société de chirurgie*, 1902, p. 1272). Me basant sur la statistique intégrale de 241 malades traités par moi, en *crise aiguë*, d'abord par l'immobilité absolue, la diète, la glace et le sérum à haute dose dans les cas graves, statistique d'après laquelle la mortalité ne serait que de 3 à 4 p. 100, et comparant ces résultats à ceux des interventionnistes systématiques d'emblée, j'ai pu conclure que j'avais le droit et le devoir de persévérer dans ma manière de faire ; en effet, il y a non pas une appendicite toujours identique à elle-même, mais des appendicites d'origine variée, de virulence différente, comportant des indications spéciales suivant les formes, suivant l'époque à laquelle on les observe et suivant la résistance des sujets.

TABLE DES MATIÈRES

39-12. — Corbeil. Imprimerie Crété.